

317

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 1^{er} mai 1901, à 1 heure

PAR

Georges LEMERCIER

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Intraligamentaire après le cinquième mois

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. { TERRIER, Professeur.
A. BROCA, Agrégé
VARNIER, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1901

317

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 1^{er} mai 1901, à 1 heure

PAR

Georges LEMERCIER

DE LA

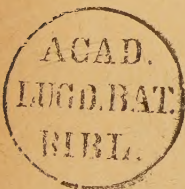
GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Intraligamentaire après le cinquième mois

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. { TERRIER, Professeur.
A. BROCA, Agrégé.
VARNIER, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1901

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	DEBOVE.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRL.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A M. LE DOCTEUR FERRAND
Chirurgien de l'hôpital Saint-Yves, de Rennes

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris,

Membre de l'Académie de médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Parmi les cas de gynécologie qu'il nous a été donné d'observer pendant notre internat à l'hôpital Saint-Yves de Rennes, un des plus intéressants est celui dont nous donnons l'observation dans cette thèse : grossesse extra-utérine intra-ligamentaire ayant dépassé le terme de sept mois.

Nous regrettons de ne pouvoir fournir qu'une observation personnelle ; mais les observations de ce genre sont rares, puisqu'avec la nôtre, et malgré nos nombreuses recherches bibliographiques, nous n'avons pu en recueillir que dix-huit.

Celle que nous donnons nous a paru intéressante à deux points de vue surtout : le diagnostic probable de grossesse extra-utérine intra-ligamentaire a été fait par l'opérateur, ce qui confirme l'idée déjà émise de la possibilité de faire un diagnostic probable dans certains cas.

En second lieu la méthode de traitement par extériorisation du sac, nous a paru si simple, si exempte de danger comparativement à celle de l'énucléation com-

plète du sac que, sans vouloir donner de conclusions au point de vue de la méthode opératoire, il nous semble que pour les kystes fœtaux volumineux on doit, en général, la préférer à l'énucléation.

Nous avons été frappés surtout de la rapidité avec laquelle s'est comblée cette vaste poche après extériorisation et nous n'avons pu nous empêcher de comparer ce qui s'est passé dans ce cas avec ce que nous avons vu après la marsupialisation de très gros kystes intraligamentaires dont l'énucléation est impossible. Bien que nous ayons vu la guérison suivre quatre interventions de ce genre, cette guérison a toujours été très longue à se faire : le sac ne s'est définitivement comblé qu'après bien des dangers et des péripéties.

Nous n'avons cru devoir donner aucune conclusion à la fin de cette thèse : les cas observés jusqu'ici sont trop peu nombreux pour qu'on puisse donner une description convenable de la pathologie de ces grossesses, et conclure d'une façon nette en faveur de tel ou tel mode de traitement.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidé pendant nos études médicales.

Tous nos remerciements à nos maîtres de l'école de Rennes, et en particulier à M. le docteur Bertheux qui sut si bien diriger nos débuts dans la clinique médicale.

Nous sommes heureux de remercier et de témoigner notre gratitude à MM. les docteurs Lhuissier et Lau-

tier, dont l'enseignement net et précis nous initièrent à la connaissance de l'anatomie.

Enfin j'ai eu le grand et rare bonheur d'avoir toujours auprès de moi un maître dévoué, M. le docteur Fer-
rand, plus respecté et plus aimé que tous les autres ; il n'est, j'en suis persuadé, nul besoin de lui répéter ici quelle respectueuse reconnaissance son élève gardera toujours pour lui.

M. le professeur Pinard a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de bien vouloir recevoir l'assurance de notre vive reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I

Etiologie.

La grossesse intra-ligamentaire dérive de la grossesse tubaire développée dans l'épaisseur du ligament large, et, par extension, des mésocolons pelvien, ascendant ou descendant, soit que la trompe se soit distendue dans son épaisseur, soit qu'elle se soit rompue à sa paroi inférieure et que le sac se soit secondairement développé dans l'épaisseur des mésos utérin et coliques.

Fréquence. — Les grossesses extra-utérines, prises dans leur ensemble, sont habituellement considérées comme rares. En effet sur 60.000 femmes examinées pendant 7 ans, à Vienne, dans les cliniques de Carl Braun et de Spath, on n'aurait trouvé que cinq cas.

Fasola (1) sur 1565 : 5 cas également.

Toth (2) sur 1700 : 31 cas —

(1) FASOLA. — *Ann. di obst., Firenze* 1888, t. x, p. 145.

(2) TOTH. — Beitrage zur Frage der ektopischen Schwangerschaft. *Arch. f. gyn.*, 1896, Bd., LI, p. 461.

Les grossesses intra-ligamentaires, après le cinquième mois, évoluant jusqu'à terme sont encore plus rares. « Les cas de grossesse extra-utérine tubaire ou intra-ligamentaire sont assez rares, écrivent Jayle et Delherm (1), pour qu'on n'en ait observé aucun dans le service de notre maître. M. Pozzi, en une période de six années. » L'on admet, avons-nous dit, que les grossesses ont d'abord été tubaires, se développant ou se rompant ensuite dans le ligament large. Gilkrist (2) suppose que la proportion des ruptures intra-ligamentaires serait d'environ un quart ; la grossesse évoluant jusqu'à terme ne serait plus que d'un sixième.

Faut-il prendre en considération l'âge des malades et la multiparité ?

Notons tout d'abord que c'est ordinairement chez des femmes de plus de 30 ans que l'on observe le plus souvent la grossesse tubaire ou intra-ligamentaire après le cinquième mois. Dans une statistique de Jayle l'âge des malades est noté 24 fois sur 28. Trois femmes avaient moins de 30 ans, quatorze avaient de 30 à 40 ans, une avait 30 ans ; quatre avaient de 40 à 42 ans. La femme qui fait le sujet de notre observation avait 34 ans.

Dans la même statistique et relativement à la multiparité 24 malades présentaient les renseignements

(1) JAYLE et DELHERM. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, p. 31.

(2) GILKRIST. — *Thèse de Paris*, 1890-91.

suivants : deux n'avaient jamais eu d'enfants, une avait eu une fausse couche, huit avaient accouché une fois, les autres étaient multipares et neuf avaient eu 4 ou 5 enfants. Dans notre observation nous notons que la femme était primipare.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Dans la grossesse intra-ligamentaire, la rupture de la trompe a lieu dans sa partie inférieure et la grossesse évolue dans l'épaisseur du ligament large. Le kyste fœtal distend peu à peu et décolle les feuillets du ligament large, puis le mésocolon, entre les feuillets duquel il s'insinue, le soulève, et s'en coiffe en quelque sorte à sa partie supérieure.

Les sections faites sur des cadavres congelés (1) montrent que dans les grossesses intra-ligamentaires, voisines du terme, le kyste avait décollé et distendu le péritoine jusqu'à la hauteur du pancréas. Les parois latérales et postérieures du bassin se trouvaient dénudées de séreuse, ainsi que la face postérieure de l'utérus, et une partie de la paroi antérieure de l'abdomen. Il ne restait du péritoine pelvien qu'un long cul-de-sac en

doigt de gant qui s'étendait entre une corne de l'utérus et le trigone vésical. On conçoit combien dans ces conditions devient difficile l'extirpation totale du sac fœtal.

Bien que le sac soit extra-péritonéal, la marche clinique de ces grossesses nous apprend que des phénomènes réactionnels se produisent presque toujours ; on ne peut dès lors s'étonner qu'à la suite de ces poussées de péritonite plastique, des adhérences surviennent, unissant sur des surfaces étendues ou plus limitées des portions d'intestin au kyste intra-ligamentaire fœtal.

Dans le cas qu'il nous a été donné d'observer, nous avons trouvé, ainsi que cela a toujours lieu (1), les deux enveloppes d'origine fœtale, chorion et amnios. L'enveloppe d'origine maternelle était constituée par des éléments du ligament large très hypertrophiés, renfermant surtout des fibres musculaires lisses. Cette enveloppe de 3 millimètres d'épaisseur était recouverte du péritoine dans sa partie inférieure, du colon et d'une partie de l'intestin grêle dans sa portion supérieure.

Le placenta inséré sur la face postérieure du kyste était assez épais, peu étalé et se trouvait situé un peu au-dessous de la partie moyenne de cette face.

Le liquide amniotique n'avait point d'odeur fétide ; il était de couleur brunâtre et de consistance épaisse.

Le fœtus succomba selon toute probabilité un peu avant neuf mois ; il pesait 2980 grammes.

Du côté de la mère, l'utérus hypertrophié avait le volume d'un utérus gravide de 3 mois. L'hystéromètre

(1) RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE.

donnait 10 centimètres de cavité utérine. On ne constata d'expulsion de la caduque à aucune période de la grossesse.

Quant aux rapports du kyste foetal avec les parties voisines et en particulier de l'utérus, on constate en général que celui-ci est déjeté en avant, et du côté opposé à la grossesse. Dans le cas qui nous occupe il était à gauche de la ligne médiane et très haut situé ; l'index droit introduit dans le vagin avait peine à atteindre le col situé tout-à-fait derrière et à la partie supérieure de la symphyse pubienne ; mais en revanche, la main gauche palpant en même temps l'hypogastre parvenait très facilement à limiter l'utérus situé à gauche de la ligne médiane, comme nous l'avons dit plus haut.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Si le diagnostic de grossesse ectopique est possible dans la majorité des cas, celui de grossesse intra-ligamentaire avec enfant vivant ou mort présente de telles difficultés que la plupart des auteurs le déclarent impossible. Écoutons ce que dit Pozzi à ce sujet : « Quant au diagnostic de la variété de grossesse ectopique, il est impossible ; on croyait autrefois que toute grossesse extra-utérine qui dépassait le cinquième mois, était par cela même abdominale. On sait aujourd'hui que la grossesse tubo-abdominale, la grossesse tubaire intra-ligamentaire ou sous-péritonéo-pelvienne, la grossesse ovarique et tubo-ovarique peuvent évoluer jusqu'au terme. Dans la grossesse intra-ligamentaire la tumeur est généralement recouverte d'une coque épaisse, tandis que dans la grossesse abdominale les parties fœtales sont immédiatement perceptibles sous les parois de l'abdomen. »

Il n'y a point en effet de signes pathognomoniques de ces grossesses ; la symptomatologie, la marche n'est pas toujours la même, et le professeur Pinard (1) a démontré, d'après ses observations personnelles, que cette prétendue superficiabilité des parties fœtales, immédiatement perceptibles sous les parois de l'abdomen, comparativement à la résistance offerte dans les grossesses intra-ligamentaires dont la tumeur est généralement recouverte d'une coque épaisse, était un signe différentiel dont il n'était pas encore convaincu.

Si le fœtus est vivant, il faudra d'abord établir qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine. Dans ce cas les phénomènes sympathiques de la gestation persistent, et les signes de certitude de la vie du fœtus, permettent d'affirmer l'existence d'une grossesse. Par l'examen physique on isolera le kyste fœtal de l'utérus ; c'est en appréciant le volume de l'utérus, sa hauteur, sa déviation ordinaire ; c'est en pratiquant le cathétérisme utérin que l'on peut juger d'un utérus ayant participé d'une façon indirecte à un processus gestateur, — une fois sa caduque éliminée surtout — mais néanmoins restant vide de tout produit de conception. Les douleurs parfois très vives, les pertes de sang qui accompagnent ordinairement les grossesses ectopiques, la fixité, l'irrégularité, et la latéralité de la tumeur empêcheront de la confondre avec une grossesse normale.

On aura certes de grandes difficultés aux cas de

(1) *Thèse* de Ralli, Paris 1900.

l'existence de grossesse gémellaire avec hydramnios de l'un des deux œufs, de kyste de l'ovaire coexistant avec une grossesse normale. Elles seront à leur comble quand une grossesse normale évoluera en même temps qu'une grossesse extra-utérine. Dans ce cas il devient manifeste que si le cathétérisme est un bon moyen de prouver la vacuité utérine, il nous paraît nécessaire de toujours se montrer d'une extrême prudence. Cependant après le cinquième mois, jamais la hauteur et le volume de l'utérus ne seront dans les mêmes proportions que s'il vivait en dehors d'un processus gestateur.

Si le fœtus meurt, le faux travail se reconnaîtra facilement aux caractères expulsif et rythmique des douleurs. Le résultat négatif des contractions utérines et la constatation de la tumeur juxta-utérine empêcheront toute confusion avec un avortement.

Si le fœtus est mort, il faut tenir grand compte des anamnestiques; sans eux, toutes les erreurs de diagnostic avec les tumeurs à point de départ pelvien seraient possibles. Une grossesse extra-utérine pourrait facilement se confondre avec une tumeur fibreuse, une hématoçèle pelvienne, un kyste de l'ovaire, etc.

Ce qui distingue, à notre avis, la grossesse intra-ligamentaire des autres variétés de grossesse ectopique, c'est l'habituelle absence de phénomènes graves pendant toute la période de la gestation. Quand la rupture, dit Pozzi, au lieu de s'effectuer dans la cavité abdominale, s'est produite dans l'épaisseur des ligaments larges,

l'hémorrhagie est moindre, reste limitée, les symptômes sont moins graves.

En nous reportant aux observations que nous publions, nous relevons en effet deux marches différentes de la grossesse : a) l'une où l'état général et péritonéal n'a jamais donné lieu à de grandes inquiétudes ; b) l'autre où à un moment donné ces deux états se sont subitement aggravés pour revenir bientôt à ce qu'ils étaient antérieurement. Jayle et Delherm (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*) ont déjà proposé eux aussi de prendre cet état en sérieuse considération comme élément de diagnostic différentiel. Nous ne sommes donc pas les premiers à signaler ce fait que l'état général de la mère restait toujours meilleur dans les grossesses intra-ligamentaires. Après eux et nous basant sur les observations que nous publions, nous tenons cependant à le signaler une seconde fois.

Sans doute le péritoine réagit sous l'influence de ces grossesses anormales, mais il le fait cependant avec beaucoup moins de violence que dans les autres variétés de grossesses ectopiques. Il y aura des douleurs, des hémorrhagies, mais elles ne seront pas comparables à celles d'une grossesse tubaire, par exemple, dont le produit après rupture se trouve libre dans le ventre. Dans l'observation inédite que nous publions, nous pouvons remarquer que si l'état de notre malade ne fut pas toujours très satisfaisant, on ne saurait cependant soutenir que ses jours furent gravement compromis.

Au moment de la rupture du kyste fœtal dans le ligament large, il est de règle toutefois de voir l'état de la

mère s'aggraver subitement. L'époque en est variable ; c'est à 5 mois dans l'observation de Pozzi, à 8 mois dans celle de Spach, à 3 mois dans celle de Marchand, à 4 mois dans la nôtre. L'hémorrhagie qui affaiblit la mère, en irritant le péritoine qui se défend, demeure plus limitée ; et si l'état de la mère revient assez vite à ce qu'il était antérieurement, c'est que, dans les grossesses intra-ligamentaires, le sac au lieu de devenir intra-péritonéal, reste sous-péritonéal.

Au toucher, on peut constater les signes qui permettent d'ordinaire de dire qu'une tumeur est intra-ligamentaire. Combiné à la palpation, le toucher vaginal fera reconnaître, en effet, une tumeur arrondie, rénitente, franchement unilatérale, accolée à l'utérus qu'elle immobilise. Cette tumeur peut remplir l'un des culs-de-sac latéraux, déborder dans le cul-de-sac postérieur, et fait toujours dans le vagin une saillie assez forte. Il est impossible de lui imprimer un mouvement, et cette immobilité, fort importante en l'espèce, ne se modifie point sous le chloroforme. L'utérus peut occuper diverses situations : tantôt suivant le kyste fœtal dans son ascension abdominale, on peut le trouver du côté opposé au kyste, très loin de la ligne médiane ; tantôt aussi il peut occuper le cul-de-sac latéral du côté opposé au kyste fœtal ; dans ces deux cas l'hystérométrie est toujours considérablement gênée et quelquefois même impossible.

CHAPITRE IV

Symptomatologie. — Marche. — Durée.

Terminaison.

S'il arrive exceptionnellement — dans les cinq premiers mois surtout — qu'une grossesse ectopique évolue avec les mêmes symptômes que ceux de la grossesse utérine normale (1), le plus souvent, des symptômes pathologiques viennent se joindre aux phénomènes physiologiques et cela dès les premiers mois. Tout d'abord la rupture qui peut être l'origine d'une hémorrhagie foudroyante et que Barnes appelle cataclysmique, les accidents péritonitiques toujours graves et menaçants forment avec les douleurs, les troubles de la miction et de la défécation un noyau de symptômes qui doivent attirer l'attention. Ce ne sont pas les seuls ; sans parler des métrorrhagies, couleur marc de café ou chocolat, qui ne sont pas d'origine menstruelle (la

(1) A. PINARD. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. (*Ann. de Gyn.* 1889, t. XXI, p. 346.)

menstruation n'existant pas plus pendant toute la durée de la grossesse ectopique que pendant la grossesse utérine), on sait que si l'œuf vient à mourir, les phénomènes d'une hématocele rétro-utérine peuvent s'observer ainsi que les signes d'une suppuration pelvienne si le contenu du kyste s'infecte.

L'œuf peut continuer à vivre et la femme ne présenter alors que l'état général d'une femme enceinte ; même dans cette dernière hypothèse elle n'est pas à l'abri des compressions viscérale et rectale, des douleurs qui à un moment prennent un caractère expulsif. Si toutes ces crises sont surmontées, la résorption ou la transformation du corps étranger en lithopédion n'est même plus à escompter, car on a vu des lithopédiions datant de seize ans occasionner l'obstruction intestinale et la péritonite.

Telle est la marche générale de toute grossesse ectopique. Toutefois à partir du cinquième mois, il semble que la grossesse intra-ligamentaire soit plus silencieuse que les autres variétés de grossesse ectopique, ne donnant lieu qu'à fort peu de symptômes alarmants. Dans presque tous les cas où on a eu à constater l'existence de complications, telles que vomissements, douleurs intenses, métrorrhagies, etc., celles-ci se sont produites avant le sixième mois. Les observations que nous publions à cet égard sont instructives : celle de Lebec nous apprend en effet qu'une femme dont le début de la grossesse datait du 15 octobre 1888 ne vit survenir de vomissements, lipothymies, affaiblissement rapide que vers le 22 mars de la même année, c'est-à-

dire dans les cinq premiers mois de sa gestation ; dans celles de Rochet (métrorrhagies abondantes précédées de coliques), Matlakosky (métrorrhagies abondantes), Breisky (douleurs abdominales), Frommel (douleurs abdominales vives et pertes très irrégulières de sang), Marchand (douleurs et hémorrhagies persistantes), Voigt (douleurs, lipothymies, vomissements), Jayle et Delherm (pertes quotidiennes de sang), la nôtre (douleurs et vomissements), nous remarquons encore que les symptômes inquiétants se sont toujours montrés dans les six premiers mois de la grossesse.

Fait digne de remarque, elles évoluent souvent comme des grossesses non compliquées. Oliver rapporte deux observations où dans l'une « les sensations éprouvées par la malade étaient en tout point semblables à celles ressenties pendant ses grossesses antérieures », où dans l'autre, « durant toute la maladie, la malade n'avait jamais eu même de maux de cœur ». Citons enfin l'observation publiée par Jayle et Delherm, où la malade déclarait formellement « que sa grossesse ne différerait en rien des grossesses qu'elle avaient eues antérieurement (c'était sa cinquième) » ; un cas de Frommel serait identique d'après ces mêmes auteurs ; on ne doit donc pas s'étonner si ces grossesses ne sont diagnostiquées que parce qu'elles ont dépassé le terme présumé de l'accouchement, et que le faux travail n'a pas été suivi de l'expulsion de l'œuf.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et quelquefois ces grossesses évoluent comme des grossesses normales mais avec les accidents qui peuvent accompagner

celles-ci. Parfois enfin, on a pu constater des hémorrhagies, des douleurs de ventre violentes (cas de Frommel, vomissements, coliques, ténésmes rectal et vésical). Il peut arriver toutefois que la grossesse intra-ligamentaire, dont la marche à partir du cinquième mois avait été silencieuse, prenne pour quelque temps des allures inquiétantes. C'est l'époque du faux travail, moment redoutable à coup sûr, car les douleurs revêtant brusquement un caractère expulsif peuvent être suivies de rupture du kyste dans l'abdomen, et la malade peut succomber à une péritonite revêtant parfois la forme de la septicémie, si le kyste fœtal est infecté.

Que deviennent ces grossesses après le terme présumé de l'accouchement ? Jacquemier insiste sur les phénomènes de cachexie auxquels sont exposées les femmes (par intoxication putride) longtemps après la mort du fœtus, sans que l'autopsie révèle de lésions inflammatoires. Il faudrait pour cela admettre que le fœtus ne fût pas nettement isolé par une poche fermée. Dans les cas de grossesses intra-ligamentaires que nous publions, où le terme présumé était dépassé depuis longtemps (Oliver, 15 et 14 mois), Jayle et Delherm (16 mois), Rochet (11 mois), le nôtre (9 mois), où enfin, point capital, une véritable poche, formée par les éléments du ligament large, isolait entièrement le fœtus du reste du corps, ce phénomène ne s'est pas produit. Bien au contraire, toutes ces femmes ont vu leur santé s'améliorer notablement. Il est même des cas, celui du fœtus de Quimperlé par exemple, où le produit de conception resta 56 ans dans le ventre sans aucune

gène pour la mère. Pareille attente n'est à coup sûr pas recommandable, et mieux vaut, croyons-nous, intervenir. Du reste les choses ne se passent pas toujours aussi simplement : l'état, malgré tout, précaire de notre malade nécessitait une intervention, et cependant la grossesse n'était dépassée que de neuf mois.

Que devient le fœtus ? Comme dans toutes les grossesses ectopiques trois cas peuvent se présenter. Dans l'un c'est sa transformation en lithopédion, dans l'autre c'est la dégénérescence putride toujours grave et menaçante. Enfin l'on ne saurait nier quelquefois sa parfaite conservation, sans transformation d'aucune sorte ainsi qu'en témoignent les observations de Jayle-Delherm, Oliver et la nôtre.

CHAPITRE V

Pronostic.

Le pronostic peut être envisagé sous deux chefs : pronostic pour la mère, pronostic pour l'enfant.

Orillard (1), sur 61 cas de grossesses extra-utérines à sièges variés, a relevé 26 morts rapides, 8 éloignées et 27 survies (encore 17 enfants n'ont pas été suivis). Ces chiffres nous prouvent assez que les opérations primitives pratiquées pour toutes les variétés de grossesses extra-utérines ne mettent au monde que des enfants doués de peu de vitalité.

D'une série d'observations, Jayle et Delherm concluent que dans la grossesse intra-ligamentaire le pronostic est encore plus mauvais. Presque toujours la mort du fœtus a eu lieu soit que l'opération ait succédé à la mort, soit que l'intervention ait été faite pendant la vie du produit de conception.

(1) ORILLARD. — *De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable.*

D'une façon générale le pronostic reste toujours grave pour la mère. Nous ferons cependant remarquer qu'il l'est moins dans la grossesse intra-ligamentaire. La mort du fœtus, et le ralentissement de la circulation placentaire rendent encore le pronostic plus favorable.

Après les phénomènes du faux travail, les femmes se trouvent souvent plus ou moins améliorées. Les phénomènes du faux travail lui-même, n'amènent presque jamais de complications. Nous ajouterons enfin, qu'après le cinquième mois, la grossesse intra-ligamentaire donne peu souvent lieu à des phénomènes suffisamment intenses (occlusion intestinale par exemple) pour obliger le chirurgien à intervenir immédiatement.

Enfin, les malades qui n'ont pas été opérées peuvent pendant de longues années conserver leur kyste fœtal sans en ressentir une gêne marquée.

En somme, si la grossesse intra-ligamentaire est dangereuse avant le cinquième mois, il semble qu'à partir de ce moment, et surtout après la mort du fœtus tout le danger décroît.

CHAPITRE VI

Traitement.

D'une façon générale il faut estimer avec Werth « que « toute grossesse ectopique doit-être considérée comme « une tumeur maligne et extirpée comme telle », et mieux, avec le professeur Pinard, que « toute grossesse « extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention « chirurgicale ». Cornil (1), étudiant tout récemment l'histologie de la grossesse tubaire, trouve que la grossesse qui est le type des phénomènes normaux d'accroissement lorsqu'elle évolue dans l'utérus, se conduit comme un néoplasme des plus graves quand elle se développe en un siège anormal comme la trompe de Fallope ; « les villosités placentaires, dit-il, les cellules « d'origine ectodermique (couche de Langhans) et les « plaques du syncithium qui les accompagnent, les modifications de la muqueuse et de la paroi de la trompe,

(1) CORNIL. — Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale.*

« analogues à celles de la caduque utérine, l'envahissement, la destruction progressive de la paroi sous cette poussée énorme de cellules amènent des troubles comparables à l'invasion des cancers. » D'ailleurs l'accord semble fait à ce sujet et si l'on cite quelques cas comme celui du fœtus de Quimperlé demeuré cinquante-six ans dans une trompe sans aucune gêne pour la mère, l'on n'en demeure pas moins convaincu de la nécessité de l'intervention, et la discussion ne porte plus guère que sur le moment opportun où cette intervention se trouvera commandée, et sur la meilleure méthode opératoire à suivre par le chirurgien.

Le traitement de la grossesse intra-ligamentaire ne diffère que par des nuances de celui des grossesses ectopiques en général. Ce sera donc ce traitement général que nous poursuivrons dans cette étude et nous l'étudierons dans les quatre cas suivants :

- 1^o Grossesse extra-utérine après le cinquième mois ;
- 2^o Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant mort récemment ;
- 3^o Grossesse extra-utérine après le cinquième mois, enfant mort depuis longtemps ;
- 4^o Kyste fœtal, ancien suppuré, avec ou sans fistule.

1^o GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE APRÈS LE CINQUIÈME MOIS, ENFANT VIVANT

Tous les chirurgiens ont assurément le désir de sauver la mère et d'extraire un enfant vivant et viable ; tous

cependant n'ont pas cru devoir adopter cette ligne de conduite, essayant surtout de parer aux dangers que courait la mère, sans se préoccuper de la vie du fœtus. Keller (1), résumant les opinions des auteurs de son époque, nous les montre divisés en deux camps : d'un côté, Lerret, Baudelocque, Gardien, Velpeau, Kiwisch, Kœberlé, Cazeaux, Depaul, Nœgelé, Stoltz favorables à l'intervention, dans le but d'avoir un enfant vivant, d'un autre Sabatier, Siebold, Gerdy d'avis contraire.

Parry (2), Litzmann (3) Woerth (4), furent amenés à considérer que la gastrotomie ne devrait pas être tentée pendant la vie du fœtus en raison des dangers qu'elle faisait courir à la mère et qu'il ne fallait pratiquer cette opération qu'après un certain temps écoulé depuis la mort du fœtus. Maygrier (5) constate que « les résultats « fournis par la gastrotomie faite pendant la vie du « fœtus sont déplorables. Or, dit-il, quelque triste qu'il « soit de renoncer à sauver un enfant, le salut de la « mère doit passer avant tout et s'il est avéré que la « laparotomie après la mort du fœtus fait courir moins « de risques à la femme, il nous semble impossible de « ne pas prendre ce fait en sérieuse considération. »

A côté de ces chirurgiens qui basent leur abstention sur les dangers venant du placenta, de sa circulation et

(1) KELLER. — Grossesses extra-utérines et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie, *thèse*, 1872.

(2) PARRY. — Extra utérine pregnancy, Philadelphie, 1875. London 1876.

(3) LITZMANN. — *Arch. f. Gyn.* 1880, Bd. xvi, p. 323.

(4) WOERTH. — Congrès de Copenhague.

(5) MAYGRIER. — *Thèse d'agrégation*.

de sa situation (1 fois sur 5 sur la paroi antérieure du kyste fœtal), sur les hémorrhagies graves dues à sa déchirure ou à son décollement, sur ce fait enfin que la plupart des enfants extraits vivants, mais en état de faiblesse congénitale, meurent très rapidement, s'en trouvent d'autres qui ne veulent pas d'un sacrifice d'un enfant viable. Pour ceux-là, le placenta peut être évité, car on peut savoir où il est : diagnostic possible par le toucher et le palper combinés, en tout cas sûrement plus facile lorsque le ventre étant ouvert, la main introduite sur la face antérieure du kyste pourra reconnaître la présence de la masse placentaire. Ce sont les idées que soutiennent Hofmeier (1), Gusserow (2) Frœnkel (3). Rappelons que Lawson-Tait sur sept opérations pour grossesse extra-utérine à terme, sauvait déjà cinq femmes et trois enfants ; enfin cette opinion de Pozzi (4) : « on peut se rendre compte de l'exagération de ceux qui représentent les fœtus ectopiques comme presque fatalement voués à la mort par des difformités ou faiblesse congénitale. » Picqué, Legueu, Segond (5), sont d'avis qu'il est naturel de sauver, si possible, l'enfant aussi bien que la mère, à condition toutefois que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la mère.

Ce qui, à notre avis, doit guider la décision du chi-

(1) HOFMEIER. — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1880.

(2) GUSSEROW. — *Charité Annal.*, 1863, VII Jarhg, p. 664.

(3) FRÆNKEL. — *Breslaner Aersll-Zeitschr.*, 1882, n° 7.

(4) POZZI. — *Traité de Gynécologie*.

(5) SEGOND. — Traitement de la grossesse extra-utérine. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, p. 801.

rurgien, c'est, comme l'a dit Segond, l'état général de la mère. L'on pourrait peut-être spécifier et dire.... son état péritonéal. L'on sait, en effet, que la grossesse tubaire (si elle est dangereuse dans les premiers mois de la gestation) n'offre plus les mêmes caractères de gravité à partir du cinquième mois jusqu'au terme. Jayle et Delherm (1) citent 17 cas de grossesse tubaire qui ne présentèrent pas de phénomènes réactionnels intenses, mettant en danger la vie de la malade. Les grossesses intra-ligamentaires donnent lieu, elles aussi, à fort peu de symptômes alarmants. Dans la majorité des cas elles évoluent comme des grossesses normales non compliquées.

Donc, si l'état péritonéal ne dévie pas de la normale, si les grandes fonctions de l'économie continuent à être bonnes, si le fœtus est vivant, nous attendrons, tout en nous tenant prêts à agir si les jours de la mère se trouvaient menacés par quelques accidents.

Reste à savoir quand il faudra intervenir. Pour faire, comme l'ont dit le professeur Pinard et Rein, de la chirurgie absolument conservatrice, il faudra se rapprocher le plus possible du terme présumé de la grossesse. Les dangers que court la mère sont les mêmes ou à peu près au sixième qu'au neuvième mois ; aussi ces auteurs, Frœnkel à leur suite, conseillent d'opérer entre huit mois et huit mois et demi. Lawson-Tait opérerait au moment du faux travail. Quelques auteurs, se fondant sur ce fait que le fœtus meurt rapidement à la suite de

(1) JAYLE et DELHERM. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, janv.-fév. 1900.

cette expulsion avortée, ne voulaient pas adopter la conduite du chirurgien anglais : rappelons cependant que sur sept opérations, au moment du faux travail, Lawson-Tait a pu sauver cinq femmes et trois enfants.

Il est un point sur lequel nous voulons insister. A quoi doit-on attribuer la grande mortalité maternelle relevée dans la thèse d'agrégation de M. Maygrier, lorsqu'une gastrotomie est faite, l'enfant étant vivant ?

Il nous semble que les causes de cette mortalité excessive sont les suivantes :

1° L'hémorrhagie qui, trop considérable, peut par elle-même amener la mort.

2° L'état particulier de la femme enceinte qui rend l'infection plus facile. Si à cet état particulier s'ajoute un autre état, celui-là pathologique, indépendant ou dépendant de la grossesse — l'albuminurie par exemple — on aura des chances de plus en plus probables d'infection.

3° L'insuffisance de l'antisepsie et de l'asepsie.

On sait, en effet, qu'en 1886, celles-ci étaient tout à fait dans l'enfance et que beaucoup de parturientes dans des conditions infiniment plus favorables succombaient à l'infection.

Quant à l'existence de l'enfant, nous savons qu'elle est fort compromise : la plupart des extra-utérins meurent, en effet, fort peu de temps après leur naissance.

On peut se demander, il est vrai, s'ils ont eu une incubation maternelle suffisante.

Rappelons-nous, à cet égard, que MM. Pinard et Segond exigent pour intervenir le maximum de viabilité. Mais on peut bien admettre que dans ces conditions le

développement et la résistance du fœtus atteindraient difficilement ceux d'un fœtus ayant vécu de la vie intra-utérine.

D'autres, voisins du terme, ont pu mourir sans que leur gestation extra-utérine ou l'opération qui les a délivrés en soit la cause; celle-ci serait peut-être dans l'alimentation.

Quant « aux bien constitués venant à terme », il n'y a vraiment pas de raisons pour qu'ils meurent plus que les intra-utérins.

Il est certain que les malformations sont plus fréquentes chez les fœtus ayant vécu de la vie extra-utérine; mais elles paraissent en somme la plupart du temps compatibles avec la vie. Ces malformations sont, en effet, souvent légères, comme le montrent les observations suivantes relevées par le professeur Pinard (1) :

A. MARTIN. — Volumineuse encéphalocèle à l'occiput.

STAHLFELD. — Subluxation du poignet droit et des articulations tibio-tarsiennes.

WILLIAM. — Petites déformations crâniennes.

SPAETH. — Paralysie faciale.

REIN. — Légère asymétrie de la tête.

ÆSHAUSEN. — Aplatissement considérable du crâne et du visage du côté gauche.

TAYLER. — Déformation crânienne.

FRÖMMEL. — Sillon profond sur le pariétal gauche.

GUÉMOT. — Légère dépression au niveau de la suture fronto-pariétale.

(1) PINARD. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, août 1895.

MARCHAND. — Légère dépression au niveau du pariétal droit.

2° GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE APRÈS LE CINQUIÈME MOIS.
ENFANT MORT RÉCEMMENT.

Pour les anciens auteurs, dit Legueu (1), l'enfant étant mort, il n'y avait plus à penser à une intervention opératoire, et ils préconisaient à moins d'accidents, l'expectation indéfinie.

Pourtant les cas rapportés par Parry n'étaient guère de nature à encourager cette conduite. Sa statistique accusait en effet 52,6/100 de décès dans les cas abandonnés à eux-mêmes.

Disons toutefois qu'Hutchison (2) a publié une statistique assurément meilleure où sur 73 cas de rétention du fœtus mort où l'on n'intervint pas, 18 femmes seulement succombèrent, ce qui fait 24,6/100 de mortalité; c'est surtout d'après ces chiffres, dit Pozzi (3), que Tarnier et Budin inclinent vers l'expectation.

Tous ces chirurgiens préconisaient une thérapeutique d'attente en ce sens qu'ils escomptaient la transformation du kyste en lithopédion. Mais ceci n'est plus de mise, dit Segond, et à l'heure actuelle l'on ne discute plus que le moment opportun de l'intervention.

Faut-il intervenir immédiatement ?

(1) LEGUEU. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, par 1108.

(2) HUTCHINSON. — *Medical Times and Gaz.*, 1860, t. II, p. 51, 77, 105, 132. — *The Lancet*, 1883, t. II, p. 71.

(3) POZZI. — *Traité de gynécologie*.

Maygrier, Litzmann, Pinard (1) et Segond conseillent d'attendre l'interruption de la circulation inter-kysto-placentaire. C'est une pratique prudente, à moins toutefois, comme l'admet Maygrier, que l'état général grave de la mère ne commande une intervention immédiate. Braxton-Hicks, Stutter et Zaïs ont dû pratiquer d'urgence une laparotomie hâtive, ayant en quelque sorte la main forcée par des accidents infectieux.

Cette grande raison, que l'on invoque pour conseiller l'intervention plus ou moins hâtive, est à prendre en sérieuse considération ; il y a un point pourtant qui dans cette question ne semble pas éclairci : à quel moment sera-t-elle suspendue, cette circulation placentaire ? Dans un certain nombre de cas le décollement du placenta a amené des hémorrhagies au bout de plusieurs semaines de rétention ; une observation de Kirkley (2) montre qu'une fois elle eut lieu au bout de trois mois. Pour Litzmann, ce ne serait qu'au bout de quatre à cinq mois que, la circulation placentaire cessant, l'on serait autorisé à intervenir. Enfin Jayle et Delherm (3) constatent que la femme, qui fait le sujet de leur observation XIX, a gagné à attendre en ne se faisant opérer que six mois après la mort du fœtus.

Keller, quoique partisan de l'intervention relativement hâtive (cinq à six semaines après la mort du fœtus), reconnaît que l'avantage qu'il y a à temporiser est de

(1) PINARD. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Art. grossesse extra utérine, 1886.

(2) KIRKLEY. — *Amer Journ. of Obstetr.*, févr. 1885, p. 160.

(3) JAYLE et DELHERM. — *Loco citato*.

permettre à des adhérences de s'établir entre le kyste et la paroi abdominale. Pour lui, ces adhérences se reconnaissent à la rétraction de l'ombilic, l'immobilité des téguments sur la tumeur, la fixité de celle-ci, la persistance de la matité aux mêmes régions malgré les variations des positions de la femme, les tiraillements plus ou moins douloureux ressentis dans la paroi abdominale, enfin et surtout, les poussées fréquentes de péritonite.

Pozzi, reprenant la question, se déclare partisan de l'intervention hâtive et demande de faire entrer en ligne de compte les morts qui sont le résultat de l'expectation elle-même, les septicémies ayant rendu malheureuse une intervention qui quelques mois plus tôt se présentait dans des conditions favorables.

« Si l'on veut bien peser ces considérations et si l'on
« considère les résultats favorables qu'a donnés l'opé-
« ration primitive ou précoce (laparotomie) dans les cas
« les plus récents, on sera autorisé, je crois, à ré-
« former le procès qui lui a été fait par ses devanciers
« et à l'adopter comme règle. Ici, comme dans presque
« tous les problèmes de thérapeutique abdominale, les
« objections théoriques des chirurgiens timorés tom-
« bent devant les résultats éclatants d'une pratique
« hardie servie par une bonne technique. (1) »

Pour nous, prenant en considération que l'hémorragie placentaire peut être assez abondante pour tuer la femme sur la table d'opération ; qu'il est des cas

(1) Pozzi. — *Traité de gynécologie*, p. 962.

imprévu, sans doute, où malgré l'application d'une bonne technique, il n'est pas toujours possible de faire l'hémostase, nous nous rallions à la sage conduite de Segond (1) qui, partisan d'une expectation plus ou moins longue, se tient prêt à agir à la moindre alerte. « Quand la mort du fœtus est récente, il est naturel que « sauf urgence on adopte la conduite de ceux qui conseillent avec Kaltenback, Frœnkel, Litzmann, Wœrth, « Maygrier, Pinard, de ne pas opérer dans les quelques « jours qui suivent la mort, et d'attendre le ralentissement de la circulation inter-kysto-placentaire. On objecte à cette manière de voir que la suspension de la « circulation placentaire peut réclamer des mois et que « les gros risques d'une pareille attente doivent l'emporter au bénéfice d'une intervention précoce. L'opération est fort juste, et une si longue expectation n'est, à « coup sûr, pas défendable. Mais lorsqu'elle ne porte « que sur les six premières semaines, lorsqu'il est bien « entendu qu'à la première alerte on est prêt à intervenir, on ne peut en vérité que trouver avantage à ne « pas se presser. »

3° GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE APRÈS LE CINQUIÈME MOIS ENFANT MORT DEPUIS LONGTEMPS.

Le fœtus est mort depuis longtemps, 9 mois par exemple, et une certaine tolérance semble s'établir ; la femme jouit d'une bonne santé. Dans ces conditions quelques chirurgiens vivant de l'espérance de voir la

(1) SEGOND. — *Traitement de la grossesse extra-utérine.*

transformation du fœtus en lithopédion conseillent l'abstention.

Nous ne pouvons nier que le lithopédion est habituellement inoffensif pour la femme qui le porte, mais aussi, et cela bien trop souvent, la tolérance en est précaire. Si nous joignons à l'excessive rareté du lithopédion, la décomposition possible de l'œuf et l'infection du péritoine qui peuvent survenir tant qu'il n'est pas définitivement constitué, infection suivie de suppuration expultrice, on avouera que la mère peut être sous le coup des plus graves accidents.

De plus, l'étranglement interne provoqué par un kyste fœtal transformé en lithopédion, quoique assez rare, n'est cependant pas du domaine des choses impossibles. Hornung (1) et Cœttinger (2) ont rapporté des cas d'étranglements dus au lithopédion, le premier, celui d'Hornung, remontant à 10 ans, le second, celui d'Cœttinger, à 16 années de date. Aussi ne peut-on que souscrire aux idées de Pozzi et de Legueu réclamant d'intervenir pour ces rétentions prolongées. On aura le choix entre la gastrotomie et l'élytrotomie.

4° KYSTE FŒTAL ANCIEN, SUPPURÉ, AVEC OU SANS FISTULE

Ici l'intervention n'est plus à discuter ; il faut, comme l'a dit Pozzi, favoriser et hâter le travail souvent trop lent de la nature. Il est de toute probabilité que ce fut dans un cas de ce genre que Primerose de Bordeaux fit le premier la gastrotomie pour grossesse extra-utérine. Plus tard, Plater en 1597 et Clado en 1714 répétèrent

(1) HORNUNG. — *Cœsterr. med. Jahrb.* 1838, v. XXI, p. 353.

(2) CÆTTINGER. — *Bulletin de la Société ant.* 1883, t. VIII, p. 286.

l'opération de Primerose. Elle n'est pas grave, car elle n'est pas trans-péritonéale et de ce fait ne peut être assimilée aux laparotomies ordinaires. Aussi l'on s'explique que sur 35 faits de kystes fœtaux anciens suppurés, réunis par Parry, 3 seulement furent suivis de mort.

Quant à la vraie laparotomie qui trouve quelquefois ses indications dans un kyste fœtal ancien, suppuré et sans fistule, c'est M. Knight (1) qui le premier la pratiqua pour fœtus mort et Hein (2) pour fœtus vivant. A leur suite Levret l'avait déclarée dangereuse à cause de l'hémorrhagie, tandis que Baudelocque la conseillait en indiquant même la nécessité de ne pas toucher au placenta dont l'élimination devait être confiée à la nature.

Dans le cas de kyste fœtal avec fistules, plusieurs cas peuvent se présenter.

a) Le kyste s'ouvre à la paroi abdominale : dans ce cas, agrandir l'incision, recueillir les débris fœtaux et instituer une antisepsie sévère. C'est la condition du succès.

b) Il s'ouvre au rectum. Si la fistule est accessible, il faudra en profiter pour extraire le fœtus, sinon, comme le conseille M. Pinard, laparotomie d'emblée. Duncan et Parry étaient eux aussi de cet avis. Segond ne veut pas mettre la fistule à contribution : Extraction par le vagin ou laparotomie.

(1) M. KNIGHT. — *Mem. of. the med. Soc. of. London*, 1795, t. IV, p. 342.

(2) HEIN. — *Rust ma. . f. dic. Ges. Heilkund*, 1813, Bd III.

c) Il s'ouvre à la vessie.

Braston pratiquait la laparotomie.

Muller la cystotomie vaginale.

Thompson la taille urétrale.

Winkel (1) qui a réuni tous les cas, jusqu'à lui, d'ouverture spontanée dans la vessie, pense qu'on pourrait se contenter de la dilatation urétrale.

d) Enfin le kyste s'ouvre dans le vagin : on se servira dans ce cas de l'ouverture en l'agrandissant pour évacuer les débris fœtaux.

(1) WINKEL. — Ueber den durbruch extra-uterine Fruchtsake in die Blase. *Samn. Klin Wurtrage*, mai 1890, n° 3.

Interventions.

1^{er} cas. — TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES DE PLUS DE CINQ MOIS AVEC ENFANT VIVANT

Nous venons de passer en revue les indications d'une intervention ; voyons maintenant de quelle manière il faudra opérer.

Avec un enfant vivant et après cinq mois d'incubation, il nous semble que l'élytrotomie est une opération hardie et aveugle, et doit être absolument repoussée. C'est l'opinion absolue de M. Segond, et si le professeur Pinard, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, ne la repousse pas d'une façon définitive, il laisse cependant voir l'énorme gravité d'une telle opération en disant « qu'il est probable qu'il serait impossible de se rendre maître de l'hémorrhagie ». D'ailleurs il est d'avis lui aussi que dans la majorité des cas, il vaut mieux faire la laparotomie.

Les opérations possibles sont : l'extériorisation abdominale du sac avec abandon du placenta ; l'extériorisation

avec ablation du placenta; l'ablation totale du kyste fœtal.

Comme l'a dit M. Segond, les faits démontrent que la prudence exige que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta. C'est en effet le placenta qui par sa vascularisation et sa friabilité dicte au chirurgien cette règle de conduite, se souvenant en outre de ceci : c'est qu'on doit moins redouter la septicémie par rétention que l'hémorrhagie par extraction immédiate.

Il existe cependant des faits où l'extraction du placenta serait un bon complément de l'acte opératoire commencé. Les conditions sont au nombre de deux :

a) Hémorrhagie placentaire par décollement du placenta qu'il est indispensable d'enlever pour assurer l'hémostase.

b) Cas dans lesquels il n'y a pas de sac ainsi qu'il arrive quand il y a rupture secondaire du sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale.

Dans ces conditions, dit Segond, il ne saurait être pas plus question de marsupialiser une poche qui n'existe pas que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte s'impose aussi nettement.

Mais, disent les partisans de l'énucléation totale, nous pourrions opposer ces 40 cas relevés par Pozzi depuis 1886 où 11 extirpations totales ont fourni 11 succès tandis que 20 marsupialisations ont donné 11 morts. Cela tient, disent-ils, à ce que la friabilité des parois complique beaucoup la fixation pariétale, à ce que des

hémorrhagies graves menacent de compromettre la vie pendant toute la durée de l'élimination, aux périls de toutes sortes, suppuration prolongée qui affaiblit la malade, longue durée de la cicatrisation, survie possible d'un état fistuleux et fréquence des éventrations consécutives.

En ce qui concerne les hémorrhagies par rupture, l'on sait qu'elles se présentent sous deux formes : *a*) inondations péritonéales, *b*) hémorrhagies lentes ou successives.

Dans ces cas, malgré les efforts que l'on doit tenter pour extérioriser simplement le sac, l'on est souvent conduit à des opérations plus compliquées et ce sont ces cas qui par eux-mêmes peuvent commander l'énucléation totale.

L'étude des 40 cas sus-indiqués manquent, comme le dit Segond, « d'une prise en considération de l'opérée elle-même, de son état de santé et de sa force de résistance ». Il importe en effet de proportionner l'intervention à la dose de résistance des patientes, de telle sorte que les opérations idéales doivent souvent céder le pas aux manœuvres plus modestes. De plus, comme le dit Labadie-Lagrave, le fait que trop souvent les opérations heureuses sont seules à voir le jour, enlève de la valeur au pourcentage tendant à établir la gravité réelle de tel ou tel mode d'intervention. Il ne faut s'en référer « qu'aux statistiques intégrales donnant la série complète des cas opérés par un même chirurgien ».

Enfin nous pouvons donner la statistique du profes-

seur Pinard (1) qui sur 17 cas de marsupialisation, n'a pas eu un seul accident causé par la rétention placentaire. Donc à part ce cas unique de la facile énucléabilité de la tumeur, nous croyons qu'il vaut mieux s'en tenir à ce sage conseil de Segond : Dans les cas de grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant, on doit, en règle générale, renoncer à l'ablation du kyste et se contenter de son extériorisation en abandonnant, comme le conseillait jadis Baudelocque, « l'expulsion du placenta à la nature ».

2^e cas. — GROSSESSE ECTOPIQUE DE PLUS DE CINQ MOIS
AVEC MORT RÉCENTE DU FŒTUS

Dans ce cas la conduite à tenir ne semble pas devoir changer. L'élytrotomie pour les mêmes raisons que plus haut doit être repoussée à notre avis, et à part les trois conditions déjà mentionnées — grossesse tubaire offrant une énucléabilité facile, hémorrhagie par décollement placentaire, absence de sac et fœtus flottant dans la cavité abdominale — il faut que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du sac, et abandon du placenta à la nature.

3^e cas. — GROSSESSE ECTOPIQUE AVEC FŒTUS MORT
DEPUIS LONGTEMPS

L'élytrotomie reprend ici ses droits. La circulation

(1) PINARD. — *Annales de Gyn.*, avril 1889, juillet-août-septembre 1892. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, août 1895. — *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, 1893-94-95-96-97.

placentaire étant oblitérée, les craintes d'hémorrhagies par cette voie ne sauraient subsister. D'ailleurs il suffit de citer les observations de Maygrier, Shanta et Heurotin (1) dont les succès s'ajoutent aux trois communiquées par le professeur Pinard le 19 février 1884 à l'Académie de médecine, pour montrer les avantages possibles de l'élytrotomie.

Mais en dehors des cas où le kyste fœtal ne bombe pas fortement dans l'excavation avec vessie et utérus déviés latéralement, où le placenta se trouve inséré à la partie inférieure du kyste, il nous semble que l'extériorisation du sac après laparotomie est encore ce qu'il y a de plus simple. Ici se pose une question : enlèvera-t-on le placenta ? Son éradication faisant disparaître tous les inconvénients de son élimination, fait que cette manière d'opérer devient la conduite idéale. Dans une observation d'une femme opérée à la clinique Baudelocque, le 15 janvier 1891 par MM. Pinard et Segond, on lit que la masse placentaire pesant 450 grammes, fut enlevée en totalité, le sac extériorisé et drainé, avec une cicatrisation complète en 24 jours.

Il faut cependant bien savoir que cette conduite n'est pas toujours facile à tenir. Sans doute il ne sera plus question ici du danger d'une hémorragie incoercible, mais les attaches placentaires d'une part, peuvent être assez fortes pour empêcher son décollement qui ne saurait être obtenu qu'au rixé d'une déchirure du sac ; de plus, et sans parler de tractions ou trop fortes ou

(1) HEUROTIN. — *An. Gynec. and obst. Journ.*, 1896, t. IX, n° 2, p. 151.

trop répétées, prenant en considération ce fait, exposé par Cornil, que l'envahissement, la destruction progressive de la paroi sous la poussée énorme de cellules venant des villosités, de la couche de Laughans et des plaques du syncithium, peut causer la déchirure du sac sous des tractions même légères, qu'il y a danger à permettre l'irruption du contenu kystique et septique dans un péritoine sain, nous conseillons de laisser en place le placenta, s'il résiste à des essais légers de décollement.

S'il y a rupture secondaire du sac, que le fœtus se trouve libre, dès lors, dans la cavité abdominale, ces craintes ne subsistent plus et l'extraction du placenta doit être faite.

D'ailleurs il sera toujours facile, les jours suivants, d'aller à la recherche des parties placentaires qui se trouvent au fond du sac. Cette pratique fut celle que suivirent les docteurs Ferrand et Lhuissier à l'hôpital Saint-Yves de Rennes. La plaie, non complètement fermée pour permettre un drainage, laissait voir tous les jours des franges de placenta ratatinées sous l'influence d'une poudre d'acide salicylique et de tannin. Malgré l'absence de température, la discordance entre la respiration précipitée (30 resp. à la minute) et l'état du poulx, à peu près normal (80 puls. à la minute), l'état du faciès des plus grippés et des plus pincés, durant les 7 premiers jours après l'intervention, semblaient bien dus à une résorption des produits toxiques venant du placenta et du sac. Car si chaque matin on constatait ces symptômes qui n'étaient pas sans inquiéter l'entourage de la malade, ils disparaissaient comme par enchantement après la

cueillette des débris placentaires et un lavage soigné de la poche au permanganate.

Vingt-sept jours après le début de l'intervention, l'on pouvait affirmer que la poche n'existait plus, et trente-deux jours après, la cicatrisation était achevée.

Ce fait aurait tendance à démontrer que chez une femme dont on connaît l'état de santé, et comme l'a dit Segond, la force de résistance, l'on ne peut pas trop craindre les ennuis d'une élimination placentaire qu'on diminue chaque jour en aidant la nature, et qu'il vaut mieux tenir cette conduite en surveillant la femme que de s'exposer à faire pénétrer dans le péritoine un liquide dont il est toujours permis de supposer la nature plus ou moins septique.

Disons encore que la marsupialisation de la poche avec ou sans extraction du placenta ne saurait être responsable de tous les cas d'éventrations consécutives qu'on a voulu lui reprocher ; d'ailleurs, en supposant l'extraction du placenta, l'on pourrait essayer de la méthode de Doléris (1) : fermer complètement la plaie abdominale, ou si le placenta est laissé en place, enlever le plus possible de poche et faire avec ce qui reste une petite poche dont on assurera le drainage par une contre-ouverture au vagin.

Il ne nous reste plus à étudier que deux méthodes de traitement chirurgical : l'ablation du kyste et la castration utéro-annexielle totale.

(1) DOLERIS. — *Bulletin et mém. de la Soc. obst. et Gyn. de Paris*, n° 5, p. 107.

(2) GILKRIST. — *Thèse de Paris*, 1890.

Nous ne ferons guère que mentionner l'énucléation du kyste, procédé dont nous avons déjà parlé plus haut à propos de la marsupialisation. Nous ne doutons pas que l'ablation totale ne soit pour ainsi dire l'opération idéale ; qu'elle serait plus permise avec un fœtus mort depuis longtemps qu'avec un fœtus vivant ou récemment mort. Mais nous n'oublions pas que notre sujet traite surtout de la grossesse intra-ligamentaire. Si le traitement de la grossesse extra-utérine à terme ou voisine du terme est assez uniforme pour n'en point décrire une variété spéciale dans ces cas spéciaux de grossesse ectopique, nous croyons cependant que — si, d'une part, les conditions indispensables pour tenter une énucléation totale sont : « dans des manœuvres de décortication ne devant pas être trop laborieuses avec un état général de la femme pouvant lui permettre de les supporter » — et d'autre part, dans des manœuvres de décortication ne devant pas être telles qu'elles exigent un tamponnement excessif des surfaces cruentées — jamais nous ne les trouverons réunies pour essayer de l'ablation totale du kyste aux cas de grossesse intra-ligamentaire développée à terme ou voisine du terme. Ici nous sommes pleinement de l'avis de Gilkrist (2), de Berry Hart (1) et de Carter. Les sections faites sur des cadavres congelés montrent que dans une grossesse intra-ligamentaire parvenue à terme, et devenue sous-péritonéo-pelvienne, le kyste avait décollé et distendu le péritoine jusqu'à la hauteur du pancréas. Les parois

(1) BERRY HART. — Carter. (*Edinburg medical Journal*, 1887.)

latérales et postérieures du bassin se trouvaient dénudées de séreuse ainsi que la face postérieure de l'utérus et une partie de la paroi antérieure de l'abdomen. Il ne restait du péritoine pelvien qu'un long cul-de-sac en doigt de gant qui s'étendait entre une corne de l'utérus et le trigone vésical. Dans des cas de ce genre, nous croyons que « c'est folie » de vouloir s'atteler à l'énucléation totale.

Reste la castration utéro-annexielle totale ? Pantaloni (1) (de Marseille), a soutenu un chaud plaidoyer en faveur de cette intervention : « Si, à première vue, on peut penser que cette intervention est plus sérieuse que la marsupialisation.....il n'en est rien, au moins pour les chirurgiens rompus à la pratique des opérations abdominales. » Cependant nous pourrions rappeler que Routier, dans une opération similaire à celle que pratiqua Pantaloni, ne put terminer l'opération sans blesser l'uretère et la vessie. Peut-être en trouverions-nous la raison dans ces adhérences trop nombreuses qu'avaient contractées utérus, vessie et uretère ; aussi sommes-nous tout disposés à juger l'hystérectomie abdominale comme une opération plus grave que la marsupialisation, et que ces indications ne peuvent être mieux résumées que dans ses lignes dues à la plume de Segond : « La castration utéro-annexielle abdominale « totale doit être réservée uniquement aux cas dans « lesquels une ablation du kyste ayant été commencée, « on juge qu'il serait impossible de la faire isolément

(1) PANTALONI. — *Arch. prat. de Chirurgie*, 1898, t. VII, n° 2, p. 82.

« sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite et d'éviter les mouvements d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre le siège tubo-interstitiel de la grossesse ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant sont à leur tour des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale. »

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PINARD.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD

Observations

OBSERVATION I

Mme X..., âgée de 36 ans, sans profession.

Rien dans les antécédents héréditaires.

N'a jamais été malade.

Réglée à 15 ans. Règles régulières, durant cinq à six jours, d'abondance normale.

C'est une primipare.

Symptômes. — Le début de l'affection remonte à 17 mois.

Le 4 juin 1897, dernières règles. Le 15 et le 25, douleurs subites dans le côté droit, et le 25 premiers maux de cœur, mais sans effet.

En juillet, douleurs supportables dans le ventre et le côté droit ; elles sont cependant plus vives à la marche surtout en posant le talon. Maux de cœur avec effet.

En août, la symptomatologie reste la même. Cependant les douleurs furent plus vives. Elles obligèrent la malade à se mettre au repos, le 8 août, durant deux ou trois jours.

En septembre, très malade dans la nuit du 9 au 10.

A quatre heures du matin, la malade allait bien. Quelques minutes après, elle perdit connaissance deux fois par suite de violentes douleurs dans le ventre et derrière l'épaule droite. « Crampes dans les jambes, impossible de me bouger. dit la

« malade. Les efforts pour vomir augmentaient les douleurs.
« Impossible de prendre quelque chose, et de me toucher, tant
« les douleurs étaient violentes. Vers huit heures, j'étais un
« peu calmée, mais j'étais très changée : la figure était devenue
« très jaune, mais pas le reste du corps. Je fus mieux dès que
« ce moment terrible pour moi eut pris fin, et le reste du mois
« se passa sans trop de misère. »

En octobre, à part quelques maux de cœur l'état général est aussi bon que possible. Premiers mouvements de l'enfant vers le 28 octobre.

Les mois de *novembre, décembre 1897, janvier 1898* furent excellents. Cependant fin janvier, elle se sentit mouillée, mais très peu. C'était comme de l'eau épaisse.

En février, nous sommes au neuvième mois, cette perte d'eau se reproduisit encore deux ou trois fois, au début du mois.

A la fin de ce mois : fatigue générale, et malaises dans le ventre, difficiles à définir.

Abdomen très fort et très dur ; — le fœtus semble occuper un compartiment trop petit pour lui.

Mars. — Terme pour les premiers jours du mois. Phénomènes du faux travail.

En avril, état général meilleur.

En mai, les phénomènes sympathiques de la grossesse ont complètement disparu.

En juin, juillet, août, la malade diminue, dit-elle, de jour en jour ; l'appétit revient.

Septembre. — Retour des règles ; pertes très rouges ayant duré trois jours.

Octobre. — Même situation qu'au mois de septembre ; est opérée le 27.

EXAMEN PHYSIQUE

Inspection-palpation. — Le ventre paraissait asymétrique, présentant une ligne pigmentée de l'ombilic au pubis ; il se trouvait distendu par une tumeur remontant au-dessus de

l'ombilic, plus développée à droite qu'à gauche. Cette tumeur était lisse, régulière, immobilisable, fluctuante et non douloureuse.

L'examen de la vulve n'offrait rien d'anormal.

Percussion. — La percussion donnait une zone de matité s'élevant du pubis au-dessus de l'ombilic, remontant plus haut à droite qu'à gauche.

Toucher et palper combinés. — Col ouvert et nettement ramolli, mais difficilement accessible. La main introduite presque entièrement dans le vagin permet de l'atteindre et de se rendre compte de sa situation. Il est immédiatement derrière et presque au-dessus du pubis, regardant en bas. Le cul-de-sac latéral gauche est libre. Le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac postérieur se trouvaient encombrés par une tumeur rénitente non douloureuse, semblant se continuer avec la tumeur abdominale.

On pouvait y sentir la présence de petits corps étrangers (l'opération prouva que c'étaient les pieds du fœtus). La palpation abdominale avait fait soupçonner à gauche, près de la ligne médiane et en haut, une tumeur incluse dans le grand kyste, aussi immobile que lui. C'était la tête.

De plus, par la palpation combinée au toucher, on sentait, toujours à gauche, près de la ligne médiane, en avant et immédiatement au-dessus du pubis, une autre masse plus dure dont les légers mouvements possibles étaient transmis au col et que l'hystérométrie, qui fut très difficile, démontra être l'utérus.

L'examen de la poitrine montre que les seins ont augmenté de volume, et la pression fit sourdre un liquide ressemblant au colostrum.

Les appareils pulmonaires sont normaux. Le système nerveux ne présente rien de particulier. Quant à l'appareil urinaire, on constate un peu de cystite, avec urines parfois troubles et peu abondantes. Pas d'albumine ni de sucre.

L'aspect général est médiocre ; l'amaigrissement fait des

progrès ; la malade est décolorée, manque d'appétit et digère mal.

Diagnostic. — Le diagnostic fut discuté entre : fibrôme et grossesse extra-utérine intra-ligamentaire. Contre le fibrôme il y avait le manque de dureté de la tumeur et la démarcation de cette tumeur et de l'utérus. On songea bien à un kyste intra-ligamentaire, mais les sensations d'enfant vivant perçues du mois d'octobre 1897 au mois de mars 1898 et le rapide développement du ventre faisaient abandonner cette idée.

Comme tout plaidait cependant en faveur d'un kyste intra-ligamentaire, on s'arrêta néanmoins au diagnostic probable de kyste foetal inclus dans les ligaments larges bien que les phénomènes péritonéaux qui accompagnent d'ordinaire les grossesses ectopiques n'avaient point été nets dans ce cas particulier.

Opération le 27 octobre 1898. — Laparotomie par MM. Fer-
rand, Lhuissier et Lautier, de Rennes.

Une incision de 15 centimètres est pratiquée à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic.

La tumeur apparaît immédiatement coiffée du colon, et d'un paquet d'intestin grêle. Elle présente l'aspect d'un kyste simple, fluctuant, de coloration rouge sombre. Ayant rompu les adhérences lâches qui unissaient le kyste aux intestins, on fixa ce kyste de chaque côté en haut et en bas aux parois de l'abdomen. Ces précautions prises, l'ouverture du kyste fut pratiquée entre le paquet intestinal relevé, et la trompe qui apparaît plus bas comme un cordon dur à l'extrémité duquel on retrouve l'ovaire. Il sort un liquide épais, brun, sans odeur ; bientôt apparaît une masse dans l'ouverture de la plaie, et la main plongée reconnaît un fœtus dont la tête est en haut, le dos en arrière et à droite, les pieds en bas. Il est extirpé sans difficultés ; il est constitué comme un enfant à terme.

On ne songea nullement à l'extirpation totale du sac : le kyste dédoublait non seulement le ligament large, mais encore le méso-colon, repoussait le colon pelvien à gauche et en avant de sorte que celui-ci coiffait la tumeur.

On se contente donc de la marsupialisation du sac aux crins de Florence ; on suture ensuite rapidement la paroi abdominale après drainage de la cavité abdominale au-dessous de la poche marsupialisée. Le placenta est laissé en place ; il est situé sur la face postérieure, assez épais et peu étalé. Il n'y a pas d'hémorragie.

Description du fœtus :

Le fœtus, bien constitué, est du sexe masculin. Il pèse 2 kg. 980 gr.

La peau de ce fœtus est normale ; elle ne diffère en rien comme consistance et épaisseur de celle des téguments d'un enfant nouveau-né.

Elle n'est aplatie ni dans un sens ni dans l'autre.

Ses diamètres sont :

OM : 13 centimètres ;
SOM : 13 centimètres $1/2$;
OF : 12 centimètres ;
SoOF : 11 centimètres ;
SoOB : 9 centimètres $1/2$;
SoMB : 9 centimètres $1/2$;
FM : 8 centimètres ;
BiP : 9 centimètres $1/2$;
BiL : 8 centimètres.

La grande circonférence passant par le diamètre OM est de 37 centimètres ; celle passant par le SoOB 33 centimètres, enfin celle passant par SoOF est de 35 centimètres.

La tête est recouverte de cheveux normaux ; les oreilles sont aplaties, la bouche, les yeux sont normaux.

Les membres supérieurs mesurent 17 centimètres, les membres inférieurs 20 centimètres. Les ongles sont formés.

Le ventre bombe.

Le thorax mesure 13 centimètres en largeur, et 9 dans le sens antéro-postérieur.

Le ventre ouvert, il en sort un liquide roussâtre, sans odeur, et les organes présentant cette même couleur sont bien conservés.

Le sternum enlevé, le péricarde sain est ouvert ; il en sort un peu de liquide.

Le cœur pèse 25 grammes ; sa hauteur est de 9 centimètres, sa largeur de 4 centimètres. Les orifices auriculo-ventriculaires sont sains, ainsi que les orifices aortique et tricuspideen.

Les poumons sont normaux, le droit pèse 36 grammes, le gauche 26 grammes

Le foie pèse 100 grammes.

Le contenu de la cavité abdominale : 130 grammes.

L'autopsie du crâne et du cerveau présente les particularités suivantes :

Les os du crâne ne sont pas soudés entre eux ; les pariétaux pèsent 15 grammes, les frontaux 14 grammes ; les points d'ossification sont visibles. Les fontanelles antérieures et postérieures sont normales.

Les méninges sont adhérentes entre elles.

La masse encéphalique pèse 320 grammes.

Suites opératoires. — Elles furent simples, pas de réaction péritonéale.

Chaque jour, lavages (2 fois par jour) de la poche avec une solution de permanganate de potasse à 1/1000. On remplit la poche d'une poudre à parties égales de tannin et d'acide salicylique.

Le placenta se ratatine, et chaque jour on cueillè des débris placentaires. Ils sont pesés et l'ensemble donna un poids de 520 grammes.

Les fils de la paroi abdominale sont enlevés au bout de sept jours. La poche au bout de quinze jours est réduite des trois quarts ; huit jours après il ne restait plus qu'un trajet fistuleux mesurant à peine 4 centimètres.

Nous avons eu l'occasion de revoir la malade plusieurs fois depuis son opération. Sa santé s'est toujours maintenue excellente.

OBSERVATION II (S. Pozzi)

*Grossesse extra-utérine, intra-ligamentaire (six mois). —
Laparotomie. — Guérison.*

Mme S..., vingt-cinq ans, réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Mariée à vingt ans, grossesse presque immédiate. Accouchement à terme d'un enfant qui est mort au troisième mois.

Pelvi-péritonite consécutive à l'accouchement durant quatre jours.

Retour des règles au troisième mois. Depuis règles régulières très abondantes, mais douloureuses. Dernières règles le 15 avril 1891.

Cette suppression des règles est suivie de l'apparition des signes d'une grossesse au début. Le 15 mai 1891, début de douleurs abdominales, apparition de métrorrhagies légères : le repos est prescrit à la malade qui d'ailleurs est dans l'impossibilité de marcher par suite de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements, et d'un léger état fébrile. Les douleurs sont allées en augmentant et se sont accompagnées d'un léger écoulement sanguin jusqu'au cinquième mois.

Au cinquième mois, MM. Katouris-Belos et Mélissinos font le diagnostic de grossesse extra-utérine. La malade est très faible, très anémiée. Le pouls est petit, la température de 36°6.

Examen physique. — On constate une tumeur abdominale remontant jusqu'à l'ombilic plus à gauche qu'à droite, irrégulière, dure, excepté au-dessus du pubis où elle est molle ; en ce point, on entend un bruit de souffle à l'auscultation. La tumeur est très sensible, douloureuse, spontanément et à la pression. Au toucher le col est à droite et très haut situé ; le corps de l'utérus est en avant et à droite, et remonté lui-même vers la fosse iliaque. L'hystéromètre pénètre à 15 centimètres de profondeur. Les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéral gauche sont occupés par une masse dure qui se continue directement

avec la tumeur abdominale. Le diagnostic porté par M. Pozzi est grossesse extra-utérine.

Opération le 24 octobre 1891. — Laparotomie faite à Athènes à l'hôpital Evagélismos, service du professeur Galvani, par M^r Pozzi assisté de MM. Andréou, Kampanis, Pocoanas.

Incision abdominale latérale parallèle à l'arcade crurale gauche de 15 centimètres. On tombe sur un kyste foetal intra-ligamentaire qui remplit la partie médiane et gauche de l'abdomen, et repose par sa base sur le plancher pelvien. M. Pozzi enlève rapidement à la fois et ensemble le placenta et le fœtus et fait ensuite un tamponnement hémostatique à la gaze iodoformée. L'opération a été fort courte et la malade n'a guère perdu de sang. L'extirpation totale du sac n'a pu être faite à cause de la multiplicité des adhérences. Après avoir été lavée avec une solution de chlorure de sodium, la poche a été suturée par ses bords aux parois abdominales, en même temps qu'elle a été drainée par un tube en croix par le cul-de-sac postérieur. L'hémostase définitive a été obtenue par un mikulicz. Suture partielle de la plaie abdominale.

Le fœtus était macéré, et d'environ six à sept mois.

Durée de l'opération, 30 minutes.

Les suites opératoires ont été des plus simples ; il n'y a pas eu d'infection de la plaie et la malade à guéri complètement.

OBSERVATION III (BREISKY.)

Grossesse tubaire intra-ligamentaire de huit mois. Laparotomie avec extirpation du sac. — Mère et enfant vivants.

Femme de 30 ans. Accouchée il y a six ans pour la première fois, eut à la suite des accidents péritonitiques.

Fin février 1889, date des dernières règles.

Le 23 mars, symptômes d'une grossesse probable.

En avril, douleurs qui siègent à droite.

En mai, persistance des douleurs abdominales et constata-

tion d'une tumeur dont la limite supérieure dépasse le pubis et qui devient fluctuante à la fin de mai.

En juillet, apparition des mouvements fœtaux.

Breisky fait le diagnostic de grossesse tubaire intra-ligamentaire. La tumeur remontait à l'ombilic, mais on pouvait sentir l'utérus en antéverson. La tumeur était donc à droite de l'utérus et on pouvait y palper les parties fœtales, et entendre les bruits du cœur.

Opération. — Le 29 octobre à huit mois.

Incision de la paroi. On suture par des points provisoires la portion du sac fœtal contiguë à l'utérus, à la paroi abdominale, puis on l'incise. On extrait le fœtus vivant, mesurant 45 centimètres, pesant 2470 grammes. Il était asphyxié, mais il fut rapidement ramené à la vie. Les quatre points provisoires furent enlevés, le sac attiré au dehors, et après l'avoir séparé de l'utérus par une ligature serrée, il fut détaché de celui-ci. En dehors la séparation n'était que partielle et il y avait de multiples adhérences intestinales et épiploïques. On enleva le sac avec le placenta. Suture de l'incision abdominale.

Le sac présentait des parois musculaires, et était en grande partie recouvert par une séreuse.

Placenta volumineux.

L'enfant mourut au bout de trois semaines. La mère guérit.

OBSERVATION IV

Grossesse extra-utérine intra-ligamentaire de 37 semaines. —

Enfant vivant à terme. — Laparotomie. — Extirpation du sac et du placenta. — Enfant et mère vivants.

G. E. REIN. (*Centralblatt für Gynakologie*, 1892, résumée, in *Gazette de Gynécologie*, p. 156.)

Petite bourgeoise âgée de 35 ans, ayant eu déjà 4 grossesses sans accidents puerpéraux. Au deuxième mois de la grossesse actuelle elle est prise d'hémorrhagie et de collapsus et reste

un mois et demi malade. Ces phénomènes reparaissent au neuvième mois, ce qui la décide à entrer à l'hôpital. L'abdomen est asymétrique comme si c'était un kyste intra-ligamentaire. Le ventre est développé comme une grossesse à terme et est aplati à droite. Le palper abdominal fait reconnaître le fœtus en position oblique, ses mouvements sont vifs, son cœur bat 150 fois par minute, le souffle placentaire s'entend à gauche, et la main appliquée à ce niveau perçoit une sorte de frémissement cataire. Le kyste fœtal est peu mobile ; au-devant de lui et remontant jusque vers l'ombilic, se trouve l'utérus. L'hystéromètre y pénètre à 17 centimètres et demi et se dirige vers l'angle gauche ; le col est ouvert et le doigt entre facilement au-delà de l'orifice interne. On pose le diagnostic de grossesse tubaire transformée au deuxième mois en intra-ligamentaire. Fœtus vivant.

Laparotomie le 14 février 1890. L'incision fœtale tomba juste sur l'insertion placentaire, mais l'hémorrhagie fut minime parce que les assistants comprimèrent les bords de la section à la main ; les vaisseaux les plus volumineux furent liés. L'enfant fut extrait vivant.

Le placenta et le sac fœtal en entier furent énuclées comme si l'on avait affaire à un kyste intra-ligamenteux. Cette manœuvre fut difficile parce qu'il adhérait au méso de l'S iliaque, à l'épiploon, à l'utérus.

Drainage de la cavité abdominale, par un tube de verre. Guérison. La caduque fut expulsée avec de fortes douleurs, du deuxième au cinquième jour après l'opération. L'enfant vit encore (décembre 1892) plus de deux ans après l'opération. Au moment de l'intervention il pesait 3200 grammes, avait 49 centimètres de long, était fort et bien portant comme un enfant à terme. Légère asymétrie de la tête.

OBSERVATION V

Grossesse extra-utérine de huit mois (intra-ligamentaire). — Menace de rupture. — Laparotomie. — Incision du kyste à travers l'insertion placentaire. — Extraction d'un enfant vivant. — Tamponnement du sac. — Mort de la mère, 1888.

LEBEC (*Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*) 1891.

Femme de 35 ans, ayant eu, treize ans auparavant, un enfant venu à terme. Trois ans plus tard, hématoçèle. Depuis cette époque les règles furent douloureuses et parurent pour la dernière fois le 20 septembre 1887. Le 15 octobre suivant apparurent des vomissements et des douleurs dans le ventre et dans les reins; bientôt après, les seins se gonflèrent et il y eut un peu d'écoulement roussâtre par le vagin.

15 février 1888. — Elle est adressée au docteur Lebec comme atteinte d'hématoçèle. A ce moment on constate que le ventre est développé dans la portion sous-ombilicale, comme celui d'une femme enceinte de cinq mois; il se dilate transversalement; on y sent une masse dure, plus développée à droite qu'à gauche, montant à deux travers de doigt de l'ombilic et se prolongeant dans les fosses iliaques en formant comme deux cornes. La tumeur est dure à droite, fluctuante à gauche et de ce côté on perçoit à l'auscultation un bruit de souffle utéro-placentaire extrêmement fort. Ce bruit que rien ne modifie va en diminuant vers la ligne médiane et cesse tout à fait à droite. En aucun point, on ne peut entendre le double bruit caractéristique des battements du cœur fœtal. Le reste du ventre est souple, facile à explorer, non douloureux.

Le col utérin est très élevé, collé contre la branche droite du pubis et fortement déjeté de ce côté. Il est entr'ouvert, mou, violacé; le vagin a de gros plis fortement colorés.

Une sonde en gomme introduite par l'orifice du col pénètre à 14 cent.; l'utérus est en latéro-version droite. Le cul-de-sac postérieur est fortement repoussé en bas et la tumeur qui fait

saillie à ce niveau est fluctuante, mais on n'y sent pas de battements. Les seins sont gonflés et contiennent du lait, les veines de la peau sont dilatées.

Constipation, gêne mécanique de miction. La malade a très bien remarqué que sa tumeur se développe lentement, mais progressivement. Pas de fièvre.

Le 25, il survient des crises douloureuses, des coliques et un peu d'écoulement sanguin, sans caillots. Amélioration du 5 au 20 mars ; il survient alors des vomissements que rien n'arrête, il y a des lipothymies, un affaiblissement rapide. Les coliques sont fortes.

Le 22, Lebec se décide à intervenir. Il pratique, à droite de la ligne médiane pour éviter la région où l'on entend le souffle placentaire, une incision verticale qui monte du pubis à deux travers de doigt de l'ombilic : il arrive couche par couche à travers le muscle droit sous le péritoine qui n'adhère pas aux parties profondes. Il l'incise et met à découvert l'utérus dont le fond, un peu déjeté à droite, et large de 7 à 8 cent., dépasse le pubis de trois travers de doigt. Le ligament latéral gauche est soulevé par le kyste fœtal qui aurait été rompu antérieurement à en juger par la présence des caillots sanguins libres dans le péritoine. Du ligament large gauche auquel elle adhère, la tumeur passe en arrière de l'utérus, et du ligament droit sans adhérer ni à l'un ni à l'autre, elle remonte en haut vers l'ombilic ; sa surface régulière rénitente, d'un bleu violacé, est fermée par le placenta qui l'enveloppe complètement. M. Lebec cherche en vain une voie qui lui permette de ne pas le traverser. Ces tentatives infructueuses déterminent une abondante hémorrhagie ; on essaie, sans succès, d'arrêter le sang avec des pinces hémostatiques ; on fait comprimer en masse avec des éponges.

L'incision abdominale est agrandie, et une incision transversale permet de mettre à nu toute la surface placentaire. Lebec plonge la main à ce niveau, traversant ainsi le placenta, saisit à une assez grande profondeur un pied du fœtus et en fait rapidement l'extraction. La cavité est tout de suite bourrée

d'éponges, et les aides exercent par-dessus une compression énergique. Aucune tentative pour extraire le placenta. La plaie, largement saupoudrée d'iodoforme, est maintenue ouverte. Compression avec de l'ouate et un bandage de corps. Au réveil, la malade était d'une grande faiblesse avec un pouls presque introuvable ; malgré une transfusion de sang, elle succomba deux heures après. L'enfant, une fille, vécut vingt heures.

L'autopsie montra que l'insertion du placenta était appliquée sur la face antérieure et le sommet de la poche, formant une zone vasculaire qu'on avait traversée en son milieu.

OBSERVATION VI

PAN. — *American medical congress*, septembre 1893 ;
Americal Journal of Obstetrics, 1893.

L'auteur parle d'une grossesse intra-ligamentaire de neuf mois.

Laparotomie. — Le sac et le placenta furent enlevés sans hémorrhagie ; il n'y a eu qu'un vaisseau à lier. Mère et enfant vivants.

OBSERVATION VII

Grossesse extra-utérine intra-ligamentaire. — *Laparotomie*.
— *Ablation du sac*. — *Mère guérie*. — *L'enfant ne fit que quelques inspirations*,

SHANTA. — *Beitrag zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extra-uterinschwangerschaft*. Prague, 1891, in Pozzi.

OBSERVATION VIII

Grossesse intra-ligamentaire de huit mois. — Rupture. — Septicémie. — Laparotomie. — Suture du sac à la paroi. — Placenta laissé en place. — Enfant mort 24 heures après. — Mère morte de septicémie.

F. SPAETH. — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynakologie, Bd xvi, 1890.

Femme B..., âgée de 34 ans, née à Hambourg, mariée depuis cinq ans ; règles régulières, pas de fausses couches. Il y a six ans, couche normale d'un enfant à terme mort depuis.

Du 25 au 30 octobre 1886 dernières règles. Le 25 décembre elle voulut sortir, mais fut prise aussitôt de coliques fort vives du côté gauche qui la forcèrent à garder le lit. Du 1^{er} au 5 janvier 1887 pertes de sang abondantes sans membranes, ni caillots, s'arrêtant seules. En avril elle perçoit les mouvements de l'enfant. Jusqu'au 22 mai, bon état de santé.

Ce jour-là, elle est prise de douleurs fort vives, dans le côté gauche de l'abdomen, qui se produisent à différentes reprises et s'accompagnent de température (38°8) le soir.

En juin, les douleurs étant de plus en plus vives dans le côté gauche, la malade se fait admettre à la clinique (20 juin 1887).

Les seins montraient les modifications de la grossesse. Pouls à 116. Ligne blanche sans pigment. Abdomen très ballonné. Les mouvements fœtaux étaient perceptibles à la vue et au palper. Au niveau de l'épigastre se sentait un pied ; la tête était en bas. Matité sur tout l'abdomen, remontant sous le foie, et changeant de forme par suite des mouvements de l'enfant.

L'orifice du col était attiré en haut, en arrière et à gauche. Le côté droit du bassin était rempli par une tumeur élastique proéminent dans la cavité de Douglas. Placenta non perceptible. L'orifice du col est entr'ouvert et l'utérus déplacé à droite a le volume d'une matrice de quatre mois. Il est vide et mesure 13 centimètres.

Teinte ictérique de la peau et des conjonctives. Aspect de la langue, fendillé, fièvre chaque soir.

Pendant les quelques jours d'observation clinique, la malade dépérit rapidement et le pouls devient de plus en plus mauvais.

On fait le diagnostic d'une grossesse intra-ligamentaire avec septicémie.

Laparotomie, le 26 juin 1887. Incision de 20 centimètres située à cinq centimètres de la ligne blanche. Séreuse peu adhérente au sac fœtal. Fausses membranes épaisses en avant, grêles en arrière, recouvrant les anses intestinales. Liquide amniotique fétide, légèrement jaunâtre. Un fœtus de 44 centimètres pesant 2100 grammes, placé transversalement, recouvert par un sac péritonéal de nouvelle formation, est facilement enlevé. Le cordon s'engage vers la gauche, en arrière, à travers un orifice étroit, dans un sac fœtal du volume d'une tête de fœtus remplissant la fosse iliaque et accolé à l'utérus. Il se prolonge si loin, en bas et en arrière du côté du coccyx qu'on ne peut songer à l'enlever par crainte d'hémorrhagie ou d'une blessure de l'intestin. Suivant le procédé de Freund on le tamponne et on le suture à la paroi. L'angle supérieur de l'incision est suturé, tandis que l'inférieur donnant accès dans le sac est saupoudré avec un mélange d'acide salicylique et de tannin.

L'enfant présente une dépression de l'os iliaque, une paralysie faciale, et des pieds varus équins. Il est presque asphyxié mais il revient après quelques soins. On le met dans une couveuse improvisée, mais il meurt 24 heures après.

La mère meurt le 27 juin avec des symptômes de septicémie.

OBSERVATION IX :

Grossesse intra-ligamentaire de huit mois. — Laparotomie. — Extraction d'un enfant vivant. — Ablation du sac et du placenta. — Mère guérie, enfant vivant.

TAOTMAN. — *The american Journal of obstetric*, 1888, p. 929.

Mme C.... âgée de 39 ans, a eu un enfant vivant il y a dix

neuf ans. Elle se plaint de souffrir de violentes douleurs et d'une rapide augmentation du volume du ventre depuis que ses règles ont cessé, à la Noël.

Elle est admise à ma clinique particulière le 9 juillet et est opérée le 10.

L'inspection et la palpation abdominales montrent une tumeur étendue au-dessus du pubis et remontant à droite jusqu'au foie. Le toucher et la palpation combinés monèrent un utérus normal comme volume et situé entre la tumeur et la symphyse. Couche de graisse de trois doigts entre la peau et la tumeur ; seins non modifiés.

Je n'ai pu entendre les bruits du cœur fœtal.

L'incision abdominale montra une grossesse extra-utérine de la variété tubeire. La trompe s'était développée dans l'intérieur du ligament large droit. Le sac contenant l'enfant, était rouge, foncé et se déchirant facilement sous les mors des pinces. Le placenta était presque inséré au-dessous de l'incision abdominale ; je pus ouvrir le sac et extraire l'enfant sans intéresser son tissu.

Ces manipulations amenèrent une hémorrhagie du sac. Je me déterminai à enlever d'un coup le sac et le placenta. Je séparai les adhérences intestinales, épiploïques, et je fus obligé de me servir de pinces hémostatiques, de faire cinq ligatures avant de réussir à tenir la trompe entre mes doigts.

Pendant cette manœuvre il se produisit une hémorrhagie sur les bords du placenta et de la trompe. J'appliquai mon clamp sur le sac au-dessous de mes doigts, ce qui arrêta l'hémorrhagie ; je coupai au-dessus du clamp et me servant de soie n° 14 je traversai le pédicule et fis des sutures en chaînes.

Je lavai la cavité péritonéale avec de l'eau pure à 105° F. plaçai un tube de drainage en verre, fermai la cavité abdominale au catgut, et à ma grande satisfaction je constatai que la malade n'eut presque pas de shock. Sa plus haute température fut 102 F.

Purgatif le 3^e jour. Tube enlevé le cinquième. Elle est

actuellement en convalescence avec pouls et température normaux.

L'enfant est bien, se développe normalement. L'examen montra que l'enfant était au huitième mois et qu'il n'y avait pas rupture de la trompe.

OBSERVATION X

*Grossesse extra-utérine de 9 mois et demi avec enfant vivant.
Placenta laissé en place. (Sa suture à la paroi.) Mère
morte le 4^e jour. Enfant vivant.*

LAWSON TAIT. — *The obstetrical Journal of great Britain and
Ireland*, 1880.

Le 23 janvier, je fus demandé par M. Walter Lattey, pour visiter avec lui Mme S..., âgée de 33 ans, qu'il soupçonnait atteinte de grossesse extra-utérine.

Elle était mariée depuis 14 ans et avait eu six enfants. La dernière époque eut lieu dans les premiers jours de mai 1879 et depuis ce moment elle avait souffert presque continuellement. Avant le mois de mai, c'était une femme forte, de bonne santé, de bon caractère, mais depuis cette époque elle s'était affaiblie et son mari nous disait que son caractère et ses manières étaient entièrement changés.

En juillet, violente attaque de douleurs abdominales. Après sa guérison elle s'adressa à un médecin qui la traita pour rétroflexion de l'utérus et lui mit un pessaire qui augmenta ses douleurs. En octobre elle acquit la certitude qu'elle était enceinte et s'adressa de bonne heure à M. Lattey pour la soigner pendant ses couches.

Au milieu de janvier, les douleurs devinrent beaucoup plus violentes et quand M. Lattey l'examina, il soupçonna la nature vraie du cas, et me pria de la visiter.

Je trouvai un abdomen volumineux, dû sans nul doute à une grossesse. A gauche du nombril, était une masse proéminente

plus grosse que le poing dont le centre était au niveau de l'ombilic. C'était évidemment l'utérus, car on pouvait entendre et sentir les contractions rythmiques. Il était fixé d'une façon certaine à une masse plus volumineuse qui se trouvait derrière lui et s'étendait jusqu'à la crête iliaque droite.

Sur tout le devant on pouvait entendre et presque sentir le souffle placentaire. Au-dessus d'un bourrelet que je considérais comme le bord du placenta, on pouvait sentir les membres de l'enfant et entendre le cœur fœtal.

Le vagin était allongé et on ne pouvait atteindre le col, mais on sentait la tête fœtale dans le cul-de-sac de Douglas repoussé en avant.

Quelques jours après ma visite, la douleur devint insupportable et la malade consentit à venir à Birmingham pour se faire opérer.

Le 31, opération. — Incision médiane habituelle et j'arrivai tout de suite sur un utérus vide. Le repoussant à gauche, j'ouvris le kyste qui était dans le ligament large droit, juste au-dessus de l'utérus et à côté des larges sinus placentaires. J'arrivai de suite sur les pieds de l'enfant qui fut extrait sans difficulté.

J'attachai les bords du sac à la paroi pour laisser une ouverture libre à la sortie du placenta, et je fermai soigneusement la cavité péritonéale.

L'enfant était petit mais à terme. Il se portait bien trois semaines après sa naissance.

Mort de la mère par shock.

Autopsie. — Grossesse intra-ligamentaire. Il aurait été aussi facile d'enlever par l'élytrotomie mais je ne regrette pas de n'avoir pas continué ma pratique habituelle. Il y avait de larges veines qui recouvraient le kyste dans toutes les directions et si l'une d'elles avait été lésée, l'issue aurait été immédiatement fatale. L'élytrotomie a un grand désavantage, c'est qu'on ne voit pas ce qu'il faut éviter et qu'on ne peut remédier aux blessures accidentelles que l'on peut faire.

OBSERVATION XI

Grossesse intra-ligamentaire ayant dédoublé le mésocolon. Laparotomie. — Le colon placé sur la face antérieure du sac empêche son ablation. — Extraction de l'enfant vivant. — Décollement du placenta, hémorrhagie. Tamponnement du sac. — Empoisonnement iodoformé. — Guérison de la mère et de l'enfant.

FROMMEL. — *Munchener medicinische Wochenschrift*, 1892

La femme S1..., âgée de 31 ans, réglée depuis 13 ans, a eu deux couches normales. Dernières règles le 21 juin 1880. La grossesse évolue sans complication jusqu'à la fin d'octobre où ont commencé des malaises revenant par crises qui la forçaient à garder presque constamment le lit (douleurs abdominales, syncopes, vomissements). Cette femme est petite, amaigrie, les seins ne sont pas gonflés, mais contiennent du colostrum. Le ventre à l'aspect d'une grossesse de huit mois. La tumeur est limitée latéralement et en haut par les intestins, et se trouve située surtout à droite, tandis qu'à gauche on sent l'utérus très augmenté, appliqué à la paroi antérieure de la tumeur. Celle-ci est tellement dure qu'elle ne permet pas la palpation des parties fœtales. Peut-être sent-on dans la fosse iliaque droite une grosse partie. Malgré une auscultation soignée, on ne peut entendre ni le bruit du cœur de l'enfant ni le souffle placentaire. Pas d'expulsion de caduques, ni de pertes de sang. On pose le diagnostic de grossesse extra-utérine avancée, mais sans qu'on puisse savoir si l'enfant est vivant.

Laparotomie 16 juin 1891. — Incision sur la ligne blanche. On voit apparaître la tumeur de couleur rouge foncé. Elle est adhérente à la paroi abdominale et malgré les précautions est un peu entamée. Il en sort un liquide jaunâtre assez transparent.

On agrandit cette ouverture et on s'aperçoit qu'en avant de

la tumeur passe transversalement le colon dont le mésentère est étalé sur une grande partie de la tumeur. Celle-ci est donc sous-péritonéale ; d'abord intra-ligamentaire elle a aussi déplissé le mésocolon. Les vaisseaux mésentériques gorgés de sang sillonnent la face antérieure. L'utérus est appliqué sur elle et on peut suivre la trompe pendant 12 centimètres mais son extrémité abdominale ne peut être reconnue.

Malgré cette situation sous-péritonéale on essaya d'abord d'énucléer la tumeur. Pour cela, le mésentère du colon fut incisé sur une grande étendue après avoir lié les rameaux ; mais on s'aperçoit alors que d'un côté la paroi du sac était très mince et très faible, de sorte qu'elle déchirait lorsqu'on voulait rompre les adhérences. De plus, le placenta s'insérait juste au-dessous du point où passait le colon. Chaque tentative faite de ce côté s'accompagnait d'hémorrhagie, et à cause du gros intestin on ne pouvait faire la ligature par segment. On fut donc obligé de renoncer à l'ablation du sac.

On agrandit l'ouverture ; le cordon apparaît, l'extraction de l'enfant se fait rapidement ; section du cordon. L'enfant se met à crier après quelques frictions. Sa position était la suivante : tête dans la fosse iliaque droite et légèrement engagée ; le siège était dans l'hypochondre gauche.

Aussitôt après l'extirpation de l'enfant, une hémorrhagie énorme se produisit, recouvrit le champ opératoire de sorte qu'il ne restait plus qu'à tamponner. Il fallut une grande quantité de gaze iodoformée pour arrêter l'hémorrhagie.

Le sac fut alors fixé dans l'angle inférieur de la plaie, ce qui fut difficile, car l'ouverture du sac se trouvait près du colon.

L'enfant, pas très développé, long de 42 centimètres, pesant 1,880 grammes, présentait sur le pariétal gauche, qui reposait sur le détroit supérieur, un profond sillon ; il avait aussi une contracture du sterno-cleido mastoïdien.

Il mourut d'entérite 14 jours après sa sortie de la clinique, après avoir vécu du 6 juin à la fin d'octobre.

Quelques jours après l'opération apparurent des symptômes

d'empoisonnement iodoformé ; on remplaça la gaze iodoformée par de la gaze stérilisée ; mais la fièvre apparut en même temps qu'une mauvaise odeur. Le placenta ne se détachant pas spontanément, on essaya le onzième jour de l'extraire, ce qui causa de nouveau une très forte hémorrhagie qui s'arrêta par un nouveau tamponnement. Celui-ci fut enlevé quelques jours après sans nouvelles hémorrhagies. Sous l'influence de lavages antiseptiques le sac se referma peu à peu au bout de cinq semaines. La guérison fut retardée par la formation d'une fistule stercorale due probablement à une blessure du colon par l'aiguille.

Au bout de trois mois elle se referma spontanément.

OBSERVATION XII

Un cas de grossesse extra-utérine gauche. — Laparotomie 14 jours après la mort du fœtus à terme. — Extirpation de la poche fœtale. — Guérison.

VOIGT. — *Centralblatt für Gynakologie*, 1891, p. 121.

Femme B..., âgée de 37 ans. Mariée depuis 16 ans. Trois grossesses normales, la dernière il y a 13 ans. Dernières règles au commencement d'octobre 1888.

Se plaint, depuis la moitié de novembre, de pesanteur dans le côté gauche du bas-ventre ; des douleurs intenses apparaissent ce qui empêche la marche et la station debout. Vomissements, lipothymie, anorexie. Repos au lit. A l'hôpital on fait le diagnostic de grossesse et d'une tumeur de l'ovaire. Cela en janvier.

En mars, mouvements actifs du fœtus.

Jusqu'au mois d'avril, la malade présente de légères pertes sanguinolentes à l'époque des règles.

Au mois de mai, l'état général est assez bon, la malade peut marcher.

Mais au mois de juin les douleurs reviennent.

Dès la première moitié de juillet qui correspond à la fin de la grossesse normale, la malade perd des caillots sanguins, et 14 jours avant l'entrée à l'hôpital, le médecin constate la mort du fœtus.

L'utérus est incliné à droite, présente le volume de la paume d'une main d'homme et dépasse la symphyse de deux à trois travers de doigt. À gauche, il est immédiatement en rapport avec une tumeur ronde et lisse qui remonte jusqu'à l'ombilic et, en bas, remplit le côté gauche du petit bassin. La tête de l'enfant est en bas, à gauche et immédiatement en rapport avec la paroi abdominale.

Le 4 août 1887. Laparotomie. — L'incision commence au-dessous et un peu à gauche de l'ombilic et s'arrête au milieu de la symphyse. Une fois les lèvres de la plaie écartées, on constate que l'utérus est obliquement dirigé à droite et dépasse la symphyse de deux à trois travers de doigt. Le péritoine recouvre la face antérieure, le fond et la plus grande partie de la face postérieure. Le cul-de-sac vésico-utérin est moins profond qu'à l'état normal, l'utérus ayant abandonné le petit bassin. La tumeur fœtale est directement en rapport avec le bord gauche de l'utérus.

Les deux feuillets du ligament large se portent séparément de l'utérus sur la tumeur. Celle-ci remonte jusqu'à l'ombilic, directement appliquée contre la paroi abdominale à gauche, s'en éloignant un peu à droite. Pas d'adhérences. Le colon iliaque et la partie inférieure du colon descendant n'occupent pas leur siège normal. Le colon croise la circonférence supérieure de la poche fœtale pour passer à droite, puis se dirige en bas, de manière que le colon iliaque s'enfonce dans le petit bassin à droite de l'utérus. Cette partie de l'intestin était en rapport avec la poche fœtale qui était recouverte par les deux feuillets du mésocolon dédoublé.

La partie inférieure de la poche fœtale est recouverte par un plexus veineux gorgé de sang. À droite les annexes sont normales, l'ovaire légèrement tuméfié. Le cul-de-sac de

Douglas assez profond est le siège d'adhérences ; à gauche on ne trouve ni trompe, ni ovaire.

La première incision conduit directement sur le placenta. L'hémorrhagie qui s'ensuit est rapidement arrêtée à l'aide de huit pinces hémostatiques. Une autre incision est alors pratiquée au-dessus de la partie horizontale de l'incision. Extraction du fœtus mort sans signes de putréfaction. Pas de liquide amniotique ; le placenta s'insère largement à la partie antérieure et inférieure de la poche fœtale et occupe la plus grande partie de la paroi. On essaye d'énucléer les enveloppes fœtales de leur vêtement péritonéal. La libération de la poche réussit assez bien jusqu'au niveau de l'intestin. Au delà, le péritoine se déchire ce qui donne lieu à une hémorrhagie assez considérable ; la partie supérieure de l'intestin dépourvue de son péritoine, commençant à bleuir, on est obligé de renoncer à l'énucléation du sac et de se contenter d'extirper le placenta et la partie flottante de la poche fœtale excisée.

La moitié de cette partie du sac était occupée par le placenta épais de deux centimètres. On n'arrive à détacher le péritoine que dans certaines parties seulement. Dans les autres parties, surtout en haut, où la paroi de la poche avait un aspect dermique, on ne trouve ni trompe ni ovaire.

Après avoir fait l'hémostase par une double rangée de sutures, on procède à la suture de l'incision horizontale. Cependant, l'énucléation était nécessaire à droite ; elle fut suivie d'une hémorrhagie abondante qui se fit dans la fosse iliaque droite ; elle fut arrêtée par la compression de l'aorte et par des ligatures profondes. Une déchirure de la poche fœtale provoqua une hémorrhagie abondante en arrière de l'utérus, hémorrhagie ayant nécessité plusieurs ligatures.

La malade est très affaiblie ; le pouls est petit, filiforme, l'extirpation ultérieure du sac ne donne lieu à aucun accident ; il ne restait plus qu'une petite portion de la poche, dont les extrémités furent fixées à la partie supérieure de la plaie abdo-

minale. La cavité ainsi formée avait la dimension d'un œuf d'oie elle fut tamponnée avec de la gaze.

Le 13 septembre, la malade sort guérie.

OBSERVATION XIII

Grossesse intra-ligamentaire de 36 semaines.

Femme de 31 ans, réglée à 13 ans, mal réglée depuis, a eu une fille à 25 ans (Marchand).

En avril ses règles retardent de 24 jours et dans les premiers jours de mai elle éprouve une grande fatigue. Le lendemain elle est prise de violentes douleurs de ventre avec hémorrhagies. Le 15 juin 1892 elle s'aperçoit que ses seins grossissent. Les hémorrhagies persistent mais peu intenses.

En juillet les douleurs deviennent de plus en plus violentes. M. Marchand trouve l'utérus volumineux, non douloureux, repoussé un peu en avant et à droite. Les culs-de-sac antérieur et droit sont libres. Le postérieur et le gauche sont comblés par une masse rénitente. On pense à une grossesse extra-utérine.

En août elle ressent les mouvements de l'enfant.

Le 1^{er} septembre, la palpation faisait percevoir deux tumeurs, l'une molle, piriforme, non douloureuse, située entièrement à droite de la ligne médiane et remontant à 4 doigts de l'ombilic : c'était l'utérus. A gauche, et au-dessus d'elle se trouvait une autre masse, remplissant la fosse iliaque et remontant à l'ombilic. Cette masse descendait dans le petit bassin et remplissait tout le cul-de-sac postérieur, ayant repoussé l'utérus en avant.

Le 23 décembre, la malade ayant conservé un bon état général est opérée par M. Marchand. L'utérus est gros, volumineux. Il est repoussé à droite, et par son bord gauche il recouvre une partie du kyste fœtal sur lequel sont étalées les annexes de ce côté.

Tranchant nettement par sa teinte blanchâtre, le kyste fœtal remonte à 4 cent. de l'appendice xyphoïde et se termine par

une extrémité arrondie. Il occupe tout l'hypochondre gauche et se perd en bas dans l'excavation pelvienne. Au-dessous du point où le kyste est croisé par les annexes gauches il y a un lacis vasculaire fort volumineux dont quelques veines ont le volume d'une humérale.

Une main plongée dans l'abdomen permet d'amener utérus et kyste fœtal. Un lien de caoutchouc est passé autour de l'utérus et aussi bas que possible sur le kyste fœtal, et est modérément serré.

On pratique une incision sur la partie supérieure du kyste au-dessus du placenta. La paroi est fort mince et il s'écoule de la poche un liquide absolument limpide. En même temps sort l'enfant, siège et pieds premiers. Le cordon est coupé à 5 cent. de l'ombilic. Il reste dans le ventre l'utérus et la poche kystique contenant le placenta et le cordon. Toutes ces parties sont attirées à l'angle inférieur de la plaie et recouvertes de compresses. La partie supérieure de l'incision jusqu'à 3 cent. au-dessous de l'ombilic est refermée par des sutures en masse aux fils d'argent. Ceci fait on resserre le lien de caoutchouc et on décolle la portion moyenne du placenta qui est située au-dessus. Cette portion comprend l'insertion du cordon. Il est inséré sur la paroi antérieure et aussi dans le fond du sac, et plonge jusqu'au plancher du bassin. Jusqu'à ce moment il n'y a pas d'hémorrhagie ; le lien de caoutchouc est enlevé et à 4 reprises ; la main plongée ramène le reste du délivre. Le kyste est alors complètement vidé et à ce moment, du sang vient assez abondamment du fond et de toute la surface d'insertion placentaire. On fait de la compression ; puis, une pince introduite dans le vagin perfore la paroi vaginale, pénètre dans le kyste et vient saisir une longue bandelette de gaze, destinée à faire un drainage abdomino-vaginal. Lavage au sublimé ; hémostase et drainage du sac ; on met encore, en arrière du sac, un Mikulicz. L'utérus est réduit dans l'abdomen, puis on attire au dehors la plus grande partie possible des parois kystiques et dans cette ma-

nœuvre on s'aperçoit qu'il y a des adhérences avec des anses intestinales.

Marsupialisation du sac et sutures.

Dans la journée la malade n'a pas beaucoup souffert ; on lui fait une demi-piqûre de morphine. Les lèvres sont colorées. La température est tombée à 36° 6. Le surlendemain la malade meurt.

Autopsie. — Au-dessous des tampons de gaze iodoformée il existait environ 400 gr. de caillots cruoriques. La surface placentaire avait donc suinté.

L'enfant, une fille de 2.980 grammes, était parfaitement développée. Elle vécut longtemps ; en août, elle mourut de convulsions.

OBSERVATION XIV

Grossesse intra-ligamentaire (5 mois) (FROMMEL)

Femme E..., 41 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans. Cinq grossesses dont la dernière, il y a 9 ans.

Dernières règles il y a deux mois, mais pendant les derniers mois, la malade perdait du sang très irrégulièrement de temps en temps. Depuis deux mois la malade ressent des douleurs abdominales très vives qui la rendent incapable de tout travail et l'obligent à venir à la clinique.

On trouve à droite dans la région hypogastrique une tumeur remontant jusqu'à la hauteur de l'ombilic et descendant assez bas dans le petit bassin ; l'utérus lui est accolé à gauche. En haut et à droite de la tumeur on perçoit un crépitement parcheminé. Les bruits du cœur fœtal ne sont jamais perçus.

Diagnostic. — Grossesse extra-utérine développée dans le ligament large.

Laparotomie. — On trouve une tumeur, rouge sombre, accolée en dedans au bord droit de l'utérus et avec laquelle la

trompe droite se continue directement. La tumeur est suturée dans l'angle inférieur de la plaie.

En incisant le sac on tombe sur l'insertion placentaire, d'où hémorrhagie abondante qui après extirpation du fœtus est rapidement calmée par un tamponnement du sac fœtal. Le poulx de la malade était imperceptible et la malade mourut la nuit suivante.

L'enfant était de cinq mois, respira pendant dix minutes et succomba.

OBSERVATION XV

Grossesse tubaire intra-ligamentaire droite (11 mois).

Laparotomie. — Guérison.

MATLAKOWSKY. — *Arch. für Gynakologie*, 1880, p. 362.

M. R..., 36 ans, réglée à 16 ans, toujours bien. La durée des règles était de six jours tous les mois. Depuis onze mois pendant les cinq mois qui suivent, elle a été parfois dans le sang jusqu'à 8 et 10 jours, et elle a constaté la présence de caillots.

La malade était, depuis 16 ans de mariage, pour la première fois enceinte ; et elle pensait bien l'être. Pendant 12 à 14 semaines, elle ressentit pour la première fois des douleurs violentes, avec vomissements après les repas. Les douleurs restèrent continuellement limitées au flanc gauche et à la moitié gauche de l'épigastre. Les mouvements du fœtus se firent bientôt sentir d'une manière très nette.

Un examen médical révéla l'existence des bruits du cœur fœtal et on pensa que la grossesse datait de six mois. Comme 11 mois après le début de la grossesse présumée il n'y avait pas d'accouchement on pensa à une grossesse extra-utérine.

La ligne blanche était faiblement pigmentée ; les mamelles flétries laissaient écouler quelques gouttes de lait.

Il existait une tumeur, surtout accusée à droite au-dessus du ligament de Poupart. La peau du ventre au-dessus était fai-

blement tendue. La tumeur était partout égale, la fluctuation imperceptible.

À droite de la ligne blanche, au-dessous du nombril, on sentait une légère crépitation. La percussion donnait au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, de la crête iliaque du même côté, dans la région lombaire droite, du tympanisme. L'auscultation de la tumeur ne fournit aucun renseignement.

Opération. — Après incision du ventre et du kyste fœtal, extraction du fœtus. Le kyste put être enlevé en totalité, à l'exception de la partie attenant à l'utérus qui lui était maintenue par de trop solides adhérences.

L'enfant pesait 2755 à terme et bien développé.

OBSERVATION XVI

Grossesse sous-péritonéo-pelvienne de onze mois rompue dans le ligament large.

ROCHET. — *Semaine gynécologique, 1898.*

C..., 34 ans, mariée depuis neuf ans, a eu deux enfants, dont les accouchements furent normaux.

Le 11 juin 1896, dernières règles, et à leur suite, augmentation du volume des seins, troubles nerveux, gastriques, etc.

Fin août métrorrhagie assez abondante, précédée de coliques. La malade crut à un avortement. Un médecin constata qu'elle avait une tumeur remontant jusqu'à mi-hauteur entre la symphyse pubienne et l'ombilic. La grossesse continua à évoluer, La tumeur augmenta de volume. Le terme se passa sans autre phénomène appréciable.

En mai apparurent des métrorrhagies considérables. Le médecin de nouveau appelé, fit entrer la malade à Stuienberg.

Rochet conclut de son examen à l'existence d'une grossesse sous-péritonéo-pelvienne, rompue dans le ligament large droit.

Le toucher montra sur la paroi antérieure de l'utérus une sorte de languette pédiculée. Dans le cul-de-sac postérieur existait une grosse tumeur rénitente. En faisant le toucher dans la position genu-pectorale, on parvint plus facilement à ce qui semblait être le col, et on eut la sensation d'y pénétrer.

Le 6 mars on incisa la paroi sur une longueur de 15 centimètres environ. On mit à nu le sac fœtal. La première incision de la tumeur donna sur une insertion placentaire. On en fit une autre à côté. Il s'en écoula un liquide brunâtre. On retira un fœtus à terme macéré ; on coupa le cordon. Après un lavage minutieux on fit un pansement. On réunit partiellement les lèvres de la plaie.

Le 13 on put retirer le placenta et, après des lavages et des pansements répétés, la malade alla de mieux en mieux.

OBSERVATION XVII

Gestation dans le ligament large (15 mois).

OLIVER. — *Semaine gynécologique*, 1898.

P. M..., âgée de 33 ans, a eu cinq enfants et une fausse couche.

Le dernier enfant né en juillet 1888, fut allaité jusqu'en octobre 1889. Il fut alors sevré car les règles réapparurent.

En juillet 1890, les règles disparurent jusqu'en avril 1891.

Revenues à cette époque, elles continuèrent jusqu'en octobre 1891.

En juillet 1890 la malade commença à se plaindre de nausées, et elle en souffrit plus ou moins jusqu'en mars 1891. Pendant ce temps, les seins devinrent plus fermes et plus gonflés. En novembre on put percevoir dans l'abdomen des battements fœtaux et les mouvements de l'enfant continuèrent ensuite jusqu'en mars 1891, époque à laquelle ils cessèrent complètement. Les sensations étaient en tout point semblables à celles

déjà éprouvées par la malade pendant ses grossesses antérieures. La malade pensait accoucher en mars. Mais à partir de cette époque les seins redevinrent moins **gros**. Le volume du ventre resta stationnaire.

Le 1^{er} octobre on constate à l'examen physique que l'abdomen est très distendu. Son contour, au niveau de l'ombilic, est de 39 pouces et demi, le centre est occupé par une tuméfaction qui remonte jusqu'à 13 pouces au-dessus du pubis.

On perçoit une sensation de ballottement au niveau de la tumeur, mais il semble que le liquide en soit très épais. Des deux côtés de la tuméfaction, on constate de la sonorité; la tumeur empiète un peu sur le côté droit de l'abdomen.

Le col utérin est placé bien en avant et vers la paroi droite du pelvis; il est mou et l'orifice laisse difficilement pénétrer le bout de l'index.

Par un examen bi-manuel, on découvre au milieu, entre le pubis et l'épine iliaque antéro-supérieure droite, le corps de l'utérus, incorporé à la tumeur abdominale. La température est de 100°F.

Opération. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane; le fœtus qui était arrivé à terme, était parfaitement conservé. Il fut retiré du sac qui se trouvait dans le ligament large droit. Le sac contenait aussi grande quantité de pus épais, inodore. La cavité fut injectée avec un liquide stérilisé et étanchée soigneusement. On laisse le placenta. La malade se rétablit promptement. Depuis l'opération elle a eu deux grossesses normales.

OBSERVATION XVIII

Gestation dans le ligament large gauche

(14 mois). — OLIVER

Alice M..., 37 ans. A eu cinq enfants.

Dans la première semaine de mai 1890, elle entre à l'hôpital pour une affection des ovaires.

Elle se plaignait d'une légère mais constante hémorrhagie depuis cinq semaines.

Trois semaines avant elle avait eu des douleurs dans la région iliaque gauche et pendant ces trois semaines elle expulsa de temps à autre quelques petits caillots.

Avant l'apparition de son hémorrhagie, la malade avait eu ses règles 14 jours avant l'époque ordinaire et depuis, il y avait eu six semaines d'aménorrhée. A la fin de mai, l'hémorrhagie et la douleur de la région iliaque gauche cessèrent.

En avril 1891, la malade se plaint de l'augmentation du volume de l'abdomen qui avait grossi graduellement depuis sa sortie de l'hôpital l'année précédente. Depuis mai 1890 jusqu'à la Noël de la même année, il y avait eu une complète aménorrhée. Le 25 décembre 1890, les règles étaient revenues et avaient continué à être normales jusqu'au moment de l'opération. Durant toute la maladie, la malade n'avait jamais eu de maux de cœur.

En avril 1891, on constate dans l'abdomen une tuméfaction centrale globuleuse et légèrement kystique, qui va du pubis à trois pouces au-dessus de l'ombilic. Le col utérin est dirigé vers la paroi droite du bassin. L'utérus est à droite de la tuméfaction abdominale. Les seins n'ont pas de colostrum.

Opération. — Incision sur la ligne blanche. On retire un fœtus à terme et parfaitement conservé. Le kyste, logé dans le ligament large gauche, contenait outre le fœtus, une certaine quantité de liquide sanieux et purulent. La cavité fut soigneusement asséchée et une quantité de débris furent enlevés. Le placenta fut laissé, car un essai fait pour l'enlever avait provoqué une abondante hémorrhagie. Le kyste fut marsupialisé, fixé à la paroi et drainé.

Cette conception remontait au mois de février 1890. Il y avait eu des hémorrhagies légères, vers les sixième, onzième et douzième semaines de la grossesse. Du 3 au 10 mars, aménorrhée complète.

BIBLIOGRAPHIE

- FASOLA. — *Ann. di Obst., Firenze*, 1888, L. x, p. 145.
- TOTH. — Beitrage zur Frage der ektopischen Schwangerschaft (*Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, p. 461).
- JAYLE et DELHERM. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*.
- GILKRIST. — *Thèse de Paris*, 1890-91.
- RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- RALLI. — *Thèse de Paris*, 1900.
- A. PINARD. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine (*Ann. de Gyn.*, 1889, t. xxi, p. 246).
- ORILLARD. — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable. *Thèse de Paris*.
- CORNIL. — Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire. (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*.)
- KELLER. — (Grossesses extra-utérines, et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie) *Thèse*, 1872.
- PARRY. — Extra-utérine pregnancy. Philadelphie, 1875. London, 1876.
- LITZMANN. — *Archiv. f. gyn.*, 1880, Bd. xvi, p. 322.
- WERTH. — Congrès de Copenhague.
- MAYGRIER. — *Thèse d'agrégation*.
- HOFMEIER. — *Zeitschr. f. Geb. u. gyn.*, 1880.

- GUSSEROW. — *Charité Annal.*, 1883, VIII, Jahrg. p. 664.
- FRÄNKEL. — *Breslauer Aerztl-Zeitschr.*, 1882, n° 7.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*.
- SECONDE. — *Traitement de la grossesse extra-utérine. (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1898, p. 801).*
- A. PINARD. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, août 1895. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Art. grossesse extra-utérine, 1886.
- HUTCHINSON. — *Medical Times and Gaz.*, 1860, t. II, p. 51, 77, 105, 132. — *The Lancet*, 1883, t. II, p. 71.
- KIRKLEY. — *Amer. Journal of. Obstetr.*, fév. 1885, p. 160.
- HORNUNG. — *Österr. med. Jahrb.*, 1838, v. XXI, p. 353.
- ETTINGER. — *Bulletin de la société anatomique*, an. 1883, t. VIII, p. 286.
- M. KNIGHT. — *Mem. of the med. Soc. of London*, 1795, t. IV, p. 312.
- HEIN. — *Rust. mag. f. die Ges. Heilkund*, 1813, Bd. III.
- WINKEL. — *Ueber den Durbruch extra-uterine Fruchtsake, in die Blase. Samml. Klin. Wurtrage*, mai 1830, n° 3.
- A. PINARD. — *Annales de gyn.*, avril 1885. Juillet-août-septembre 1892. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, août 1895. — *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, 1893-94-95-96-97.
- HEUROTIN. — *Annales de gynec. and obst.*, 1896, v. IX, n° 2, p. 151.
- DOLÉRIIS. — *Bulletin et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, n° 5, p. 107.
- BERRY-HART. — *Carter, Edimburg médical Journ.* 1887.
- PANTALONI. — *Arch. prov. de chirurgie*, 1898, t. VII, n° 2, p. 82.

